



DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Las mujeres y la enfermedad coronaria desde la mirada de género: un estudio en Sonora

Tesis presentada por

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo

Como requisito parcial para obtener el grado de

Doctora en Ciencias Sociales

Directora de tesis: Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Lectora externa: Dra. Cristina Herrera

Lectora externa: Dra. Débora Tajer

Hermosillo, Sonora

16 de diciembre de 2015

Aprobación del documento

Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Directora de tesis

Dra. Cristina Herrera

Lectora externa

Dra. Débora Tajer

Lectora externa

Agradecimientos

A las mujeres que participaron en las diferentes fases de esta investigación, mi compromiso con ustedes es que sus voces sean escuchadas.

Al personal médico por su tiempo y apertura.

A Guillermo Celis por su asesoría profesional y su acompañamiento.

A Michelle Celis Juárez, por su dedicación, asistencia y asesoría estadística.

A Debora Tájer por integrarme en su equipo de investigación, compartir su amplio conocimiento sobre enfermedad coronaria de mujeres y formar parte del comité de tesis.

A Cristina Herrera, por dedicar parte de su tiempo a la lectura de esta tesis, sus atinados comentarios y acertadas correcciones han contribuido a mejorarla y llevarla a término.

A Carmen Castro, por su constante asesoría, su gran capacidad de abstracción y constante orientación enriquecieron cada fase del proceso de investigación.

A María Teresa Ruiz Cantero, co-tutora extranjera, sus amplios conocimientos y experticia, junto con las aportaciones del Equipo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante, coadyuvaron a la mejora de la tesis.

A Rocio Cutzi García Hernández, por las horas dedicadas a corregir los detalles que facilitan la lectura del documento.

A El Colegio de Sonora y su personal docente y administrativo, por su compromiso social y su calidez personal.

A CONACYT por la beca doctoral.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
LA ENFERMEDAD CORONARIA	10
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	12
CAPÍTULO I. LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES EN LA ENFERMEDAD CORONARIA. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN CONCEPTUAL	14
LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA EC DE MUJERES EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA.....	17
LA MIRADA SOCIOLÓGICA EN EL ESTUDIO DE LA EC DE MUJERES.....	25
<i>La mirada de género y derechos en el estudio de la EC de mujeres</i>	42
EL CORAZÓN Y SUS SIGNIFICADOS.....	57
PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ESTILOS DE VIDA.....	60
CAPÍTULO II. LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DE MUJERES EN MÉXICO Y EN SONORA.....	65
LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CONTEXTO DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA	67
MORBILIDAD DIFERENCIAL ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA EC DE MUJERES?	73
EL CONTEXTO LOCAL. LAS MUJERES EN HERMOSILLO, SONORA.....	79
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	83
INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA DE LA EC DE MUJERES	84
LAS MUJERES CON EC ENTREVISTADAS EN PROFUNDIDAD.....	90
LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MÉDICOS Y MÉDICAS	102
APUNTES DE CAMPO	105
CAPÍTULO IV. LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES Y DE LA EC DE MUJERES: RESULTADOS DE LA ENCUESTA	109
PERCEPCIÓN DE RIESGO	110
PRÁCTICAS DE CUIDADOS	117
RECEPCIÓN Y MANEJO DE INFORMACIÓN SOBRE EC.....	125
CAPÍTULO V. ESCUCHANDO LA VOZ DE LAS MUJERES	128
¡SON MUY NECIAS!: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE CUIDADOS	129
<i>Cambios en los estilos de vida: ¡No puede ser tan drástico!</i>	139
LA GENTE LATOSA Y LOS DERECHOS EN SALUD.....	145
LA COMPRESIÓN DE LA EC. ENFERMAR POR <i>SUFRIMIENTO MORAL</i>	158
<i>Forzar al corazón: roles de género</i>	161
<i>Comprender la enfermedad coronaria desde la violencia de género</i>	165
CAPÍTULO VI. NOS DICEN HISTÉRICAS. LAS MUJERES Y LA EC DESDE LA MIRADA MÉDICA	171
INFORMACIÓN SOBRE EC. LA CULTURA DE LAS PACIENTES	172
DIFERENCIAS QUE INVISIBILIZAN DESIGUALDADES	178
<i>Históricas emocionales. El valor de la mujer</i>	183
PRÁCTICAS DE ATENCIÓN	189
¿DERECHOS? ¡RESPONSABILIDADES!. “TENER UN CUERPO Y MANEJARLO SALUDABLEMENTE” 195	
CAPÍTULO VII. LAS DIFERENTES MIRADAS SOBRE LA EC DE MUJERES.....	205
PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DE MUJERES	207
EL CRISTAL DESDE EL QUE SE MIRA: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE LAS MUJERES	

.....	216
¡NO TE LO DICEN! DERECHOS EN SALUD	222
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES.....	226
ALGUNAS RECOMENDACIONES.....	239
BIBLIOGRAFÍA.....	244
ANEXO 1	259
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	259
ANEXO 2	259
ENCUESTA.....	260
ANEXO 3	266
GUÍA DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	266
ANEXO 4	270
GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MÉDICAS Y MÉDICOS	271
FIGURA 1. INTERVENCIONES Y ACCIONES INTERSECTORIALES, EL CASO DEL SOBREPESO, RIESGO CARDIOVASCULAR.....	79
FIGURA 2. LA MULTIDIMENSIONALIDAD EN LA COMPRENSIÓN DE LA EC Y LA DEMORA EN LA ATENCIÓN MÉDICA	208
FIGURA 3. LA MULTIPLICIDAD DE ROLES, JORNADAS Y ESTRESORES ESPECÍFICOS DE GÉNERO QUE PUEDEN AFECTAR LA RESPUESTA DE LAS MUJERES ANTE LA VIDA Y LA ENFERMEDAD Y COLOCARLAS EN VULNERABILIDAD CORONARIA	212
GRÁFICO 1. MÉXICO. POBLACIÓN SEGÚN SEXO 1950 A 2010	67
GRÁFICO 2. DEFUNCIONES REGISTRADAS POR PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO (EN ABSOLUTO Y COMO PROPORCIÓN TOTAL DE DEFUNCIONES POR SEXO. 2012	68
GRÁFICO 3. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DEL CORAZÓN	113
GRÁFICO 4. CONOCIMIENTO DE QUE LAS MUJERES TAMBIÉN PODÍAN PADECER EC.....	114
GRÁFICO 5. IDENTIFICACIÓN DE LA CAUSA DEL DOLOR DE PECHO.....	115
GRÁFICO 6. MOTIVOS PARA NO SEGUIR INDICACIONES.....	118
GRÁFICO 7. CONDICIONES QUE IMPIDEN SEGUIR INDICACIONES MÉDICAS.....	119
GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS.....	123
GRÁFICO 9. MEDIOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN.....	127
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A ISSSTESON Y AL CENTRO DE SALUD LOMAS DE MADRID (SSA).....	82
TABLA 2. MEDIA DE EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS POR LUGAR DE APLICACIÓN	88
TABLA 3. ESCOLARIDAD POR LUGAR DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	89
TABLA 4. INFORMACIÓN DE LAS MUJERES ACERCA DE LA SALUD DE MUJERES Y DE LA EC.....	110
TABLA 5. CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE EN MUJERES DE ACUERDO A LAS PROPIAS MUJERES.....	111
TABLA 6. ETAPA DE LA VIDA EN QUE AUMENTA EL RIESGO DE PADECER EC.....	112
TABLA 7. IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS COMO ATAQUE AL CORAZÓN	115
TABLA 8. AUTOPERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DEL ESTRÉS Y SUS CAUSAS. PONIÉNDOLE NOMBRE AL ESTRÉS	117
TABLA 9. ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SALUD, REALIZADAS POR MUJERES CON Y SIN INFORMACIÓN SOBRE EC	120
TABLA 10. PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE MUJERES CON Y SIN INFORMACIÓN DE RIESGO CORONARIO	121
TABLA 11. ÁREAS DE SATISFACCIÓN EN LA VIDA	124
CUADRO 1. NORMAS OFICIALES MEXICANAS VINCULADAS CON LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA EC.....	78
CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES SELECCIONADAS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	81

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE MUJERES CON EC QUE PARTICIPARON EN LA INVESTIGACIÓN ...	93
CUADRO 4. MÉDICOS Y MÉDICAS PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	104
CUADRO 5. RAZONES DE LA DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA	135
CUADRO 6. RECONOCIMIENTO Y POSIBILIDADES DE EJERCICIO DE DERECHOS EN SALUD	154
CUADRO 7. LAS MIRADAS DE LAS MUJERES Y DEL PERSONAL MÉDICO QUE LAS ATIENDE, ACERCA DE LA INFORMACIÓN SOBRE EC Y LAS DEMORAS EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN.....	217

Resumen

En México la enfermedad coronaria (EC) incrementa la carga de la enfermedad y es la causa principal de muerte en mujeres y hombres. La mortalidad es diferencial y se reportan menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en mujeres con EC. Las explicaciones médicas enfatizan las diferencias biológicas, pero éstas se convierten en desigualdades de género cuando se soslaya el estudio de las particularidades de género de la EC de mujeres, reproduciéndose sesgos de género en la investigación (Ruiz-Cantero 2015), prácticas diferenciadas de atención (Tajer y cols 2014a), y trasgresión de los derechos en salud de las mujeres. El objetivo de investigación fue identificar por qué permanecen invisibilizadas las particularidades de género de la EC de mujeres, para ellas y para el personal médico que las atiende, en tanto violación de sus derechos. La *Teoría de las Prácticas* de Bourdieu nos fue pertinente para analizar prácticas de subordinación de las mujeres en el campo médico que deniegan o dificultan sus acciones y derechos. Con el concepto *habitus paciente obediente* se da cuenta de dichas prácticas. La investigación es predominantemente cualitativa, con complementariedad cuantitativa: se realizó una encuesta exploratoria y entrevistas en profundidad a mujeres; y entrevistas semiestructuradas al personal médico que las atiende. Un porcentaje considerable de mujeres están desinformadas sobre EC, y también de diferente manera el personal médico; persiste la identificación de la EC como masculina; los síntomas de las mujeres tienden a ser diagnosticados como malestares cotidianos y se naturalizan al catalogar a las mujeres como *emocionales histéricas*; el determinismo biológico excluye el carácter construido socio-cultural y genérico de la EC; al *encarnarse* en el *habitus paciente obediente* ellas piensan sus derechos como limitados.

Introducción

“...la mirada no es un mero poder universal y abstracto de objetivación... (es) un poder simbólico cuya eficacia depende de la posición relativa del que percibe y del que es percibido o del grado en que los esquemas de percepción y de apreciación practicados son conocidos y reconocidos por aquel al que se aplican” (Bourdieu 2000, 85)

La presente investigación doctoral busca generar conocimiento sobre las particularidades de género de la enfermedad coronaria de mujeres. El estudio de este problema es importante tanto epidemiológica, como socialmente, ya que en forma creciente la EC está afectando la salud de la población, y es la primera causa de muerte en mujeres, en México y en Sonora (INEGI 2013a).

La pregunta principal que guió la investigación es: ¿Por qué permanecen invisibilizadas para las mujeres y el personal médico que las atiende, las particularidades de género de la EC de mujeres?.

Pues si bien es cierto que hay diferencias en la EC de hombres y mujeres atribuidas a factores biológicos, cabe preguntarse por qué y cómo esas diferencias biológicas se convierten en desigualdades de género en el caso de la EC de mujeres. Siendo que las inequidades de género se reproducen en prácticas de atención diferenciadas en el campo médico, proceso que se clasifica como violatorio de derechos en salud.

Se parte del supuesto de que la invisibilización de las mujeres en la construcción

inicial de la EC, la persistencia de la identificación de la misma como enfermedad masculina en la sociedad y en el campo médico, y el énfasis biológico en las explicaciones sobre las diferencias entre hombres y mujeres con EC, han llevado a que se conozca poco acerca de la(s) manera(s) en que ellas comprenden al corazón y sus enfermedades; y trasgreden su derecho a gozar del máximo de salud posible al carecer de información completa, veraz y oportuna sobre la principal causa de muerte en ellas.

De manera que el objetivo de investigación es identificar por qué permanecen invisibilizadas para las mujeres y el personal médico que las atiende, las particularidades de género de la EC de mujeres.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Identificar qué información tienen las mujeres acerca de la EC de mujeres.
- Analizar percepción y prácticas de cuidados de mujeres ante la EC.
- Analizar cómo visualizan y comprenden las mujeres la EC de mujeres.
- Comprender las experiencias vividas por mujeres con EC.
- Analizar la toma de decisiones de las mujeres ante la EC.
- Identificar qué dice el personal médico acerca de la información que tienen las mujeres sobre la EC de mujeres.

Se parte de considerar que no sólo las mujeres habían sido invisibles por largo tiempo para la medicina (Valls-Lobet 2009), sino que la construcción biomédica inicial de la EC, se hizo en base al modelo masculino (Tajer y cols 1998, Rohlf y cols 2004), y que esto sesgó el conocimiento acerca de esta enfermedad en mujeres (Ruiz Cantero y Verdú 2004).

Además, se entiende que las enfermedades no son sólo entidades biológicas, sino

también construcciones sociales y culturales (Castro 2011), que ligadas a significados individuales y colectivos, condicionan las maneras en que los grupos sociales viven, enferman y mueren (Menéndez 1994).

Para el análisis se utiliza el marco teórico propuesto en la teoría de las prácticas por Pierre Bourdieu, pues interesa conceptos integradores como *habitus*, *campo* y *capitales*, en tanto dan cuenta de diversas dimensiones del problema de estudio. Así como aportes de Michel Foucault en cuanto al poder y la sujeción de las mujeres en el campo médico, articulados con el concepto de ciudadanía y analizados con la mirada teórica de la perspectiva de género y derechos.

Se trata de una investigación cualitativa con complementariedad de métodos, llevada a cabo en la ciudad de Hermosillo, Sonora. De manera que en el documento se encontrará información cuantitativa obtenida de una encuesta aplicada en agosto de 2013, y cualitativa generada a través de entrevistas en profundidad a mujeres con EC y entrevistas semiestructuradas a médicos y médicas que atienden a las mujeres, realizadas de enero a diciembre de 2014.

Se hace hincapié que en este proyecto las “sujetas” principales de investigación son mujeres de Hermosillo, Sonora, con y sin EC, dispuestas a participar en forma voluntaria, confidencial y gratuita en el proceso de investigación.

La enfermedad coronaria

La EC es la disminución del diámetro interior de las arterias coronarias (vasos

sanguíneos) que llevan sangre y oxígeno al corazón. Desde la medicina se identifica como causa principal de esta estrechez, la acumulación de grasa y otras sustancias que forman una placa la que se adosa a las paredes de las arterias coronarias. Cuando el flujo sanguíneo disminuye o cesa, el músculo cardíaco se afecta porque no recibe la sangre y el oxígeno requeridos a nivel celular.

De acuerdo al centro médico de la University of Maryland Medical Center (2014), los síntomas principales son dolor o molestia en el pecho, sensación de opresión en el esternón que se puede irradiar a brazo izquierdo, mandíbula, cuello, espalda, hombros y abdomen alto. Otros síntomas pueden ser ansiedad, tos, desmayos, mareo, vértigo, náuseas, vómitos. Mujeres, ancianos y diabéticos pueden referir dificultad para respirar, fatiga y debilidad. Se observa que en esta aseveración se liga el sentimiento de “debilidad” a ciertos grupos, entre los que incluyen a las mujeres.

Los exámenes requeridos usualmente para establecer el diagnóstico son: electrocardiograma, exámenes específicos de laboratorio para enzimas cardíacas, angiografía coronaria (también conocido como cateterismo cardíaco), prueba de esfuerzo y estudios nucleares.

El tratamiento varía de acuerdo a la presentación del cuadro, puede ser con medicamentos para tratar de re-perfundir el corazón si no se cuenta con otros recursos más específicos, como angioplastia con colocación de Stent (resorte de 1 mm que se abre a presión atmosférica) en el sitio de obstrucción o la cirugía de revascularización cardíaca cuando así se requiera (Ibíd.).

Sin embargo, también hay casos en los que no hay lesiones significativas de las

arterias y no está bien establecida la fisiopatología, estos procesos son más frecuentes en mujeres, se conocen como Enfermedad de Takotsubo y Síndrome cardíaco X (Gadda 2010, Arrebola-Moreno y cols 2011).

Organización del trabajo

El trabajo está estructurado en 8 capítulos: en el primero, se aborda el marco teórico y conceptual, esto es la teoría social y los conceptos con que se hace el acercamiento al fenómeno de estudio, así como la perspectiva con que se analizaron los datos. Explicándose los conceptos de *habitus*, *campo*, *capitales*, y *percepción en salud*, en tanto son de interés para el análisis de la información y las definiciones de otros, como estilos de vida, ciudadanía y sesgos de género.

Mientras que en el segundo capítulo se presentan las condiciones contextuales de las mujeres sujetas de estudio y de la EC, identificándose la relevancia social y epidemiológica de la EC de mujeres, situándola en el contexto de la creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas por la OMS (2008) como una epidemia mundial.

El tercer capítulo explica la metodología de la investigación, esto es el diseño del estudio y la pertinencia de las herramientas metodológicas, también incluye información sobre el universo de estudio.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la encuesta exploratoria aplicada a mujeres mayores de 18 años, residentes de Hermosillo, Sonora, con la que se identificaron temas centrales sobre este fenómeno, dado que en el país no se había investigado la EC de mujeres, desde la mirada sociocultural de género y derechos.

En tanto que el quinto capítulo da cuenta de los ejes de análisis y conceptos emergentes surgidos de las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres que padecen EC, y con los que se hace el acercamiento a sus experiencias vividas con la enfermedad.

En el sexto capítulo se presentan los resultados de las entrevistas semiestructuradas realizadas con personal médico que atiende a las mujeres, y se complementa la información obtenida con las dos primeras herramientas metodológicas.

Mientras que en el séptimo capítulo se integra la información obtenida a través de las tres herramientas metodológicas, contrastando los datos y analizándolos con los conceptos teóricos que guiaron la investigación, y con los conceptos que emergieron de las entrevistas.

Finalmente el octavo capítulo aborda las conclusiones y recomendaciones del proyecto.

Capítulo I. La invisibilidad de las mujeres en la enfermedad coronaria. Marco teórico y revisión conceptual

Desde la investigación sociocultural en salud se considera que persisten inequidades de género en el campo médico para la atención integral de la EC de mujeres, y que esto puede ser calificado como proceso violatorio de derechos en salud. Además, se han identificado condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres, de tal modo que pueden encontrarse al interior del colectivo femenino, riesgos diferenciales en salud, diferentes maneras de vivir la enfermedad y de gestionar las necesidades en salud (Tajer 2009, Tajer y cols 2014a).

Mientras que en el campo médico, con su alta jerarquización basada en relaciones de poder, las mujeres en su calidad de pacientes se encuentran “tuteladas” a la autoridad médica (Herrera 2010); y si bien hay diferencias entre ellas de acuerdo a los discursos de género y clase social con que el personal médico caracteriza a las “pacientes “ (Ibíd.), como colectivo están en posición subordinada, tanto para ser informadas o no sobre la enfermedad, como para tomar decisiones durante el proceso salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a) de la EC.

Cuando se reportó inicialmente, que el comportamiento de la enfermedad era más letal en mujeres, y que había diferencias en los esfuerzos terapéuticos del personal médico de acuerdo al sexo de sus pacientes (Ayanian y Epstein 1991, Healy 1991), surgieron diversas explicaciones biológicas para tratar de explicarlas, entre las principales se ha mencionado:

- Que el diámetro interno de las arterias coronarias de las mujeres es más angosto, de manera que los resultados de los procedimientos utilizados para recuperar la luz de las arterias coronarias, son menos exitosos en mujeres que en varones.
- Que estas enfermedades aparecen 10 años después en las mujeres que en los hombres, y con mayor comorbilidad, dada la mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular identificados desde la biomedicina, principalmente obesidad y sedentarismo. Y por enfermedades como diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia.
- Que las mujeres se demoran para buscar atención médica y que este “comportamiento” ensombrece su pronóstico.
- Que las mujeres tienen menor autopercepción del riesgo de padecer EC.
- Que las hormonas femeninas las protegen de la EC, y que la aparición más tardía de la enfermedad se debe a los cambios metabólicos y principalmente hormonales de la menopausia.
- Incluso han surgido estudios multicéntricos para probar si la administración exógena de hormonas (estrógenos) confería efecto cardioprotector a las mujeres postmenopáusicas, concluyendo que esta intervención –denominada “terapia de reemplazo hormonal”-, no confería protección sino que incrementaba las posibilidades de padecer problemas cardíacos, además de cáncer de mama, después de cierto tiempo de administración (WHI 2002). Este tema permanece en discusión, sobre todo en el campo médico de la ginecología.

(Reyes y cols 2001, Pratt 2007, Solorio y cols 2007, Adams y col 2008, WHI 2002).

Sin embargo, las explicaciones biológicas comentadas previamente no son

suficientes para comprender entre otros aspectos:

- Por qué las mujeres subestiman sus síntomas coronarios.
- Qué subyace en el sub-registro de sus síntomas por parte del personal de salud.
- Por qué se cataloga su enfermedad como “inespecífica” o “atípica”.
- Cuáles son los condicionantes sociales y culturales de la EC de mujeres.
- Por qué son menores los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos del personal de salud cuando son mujeres las enfermas.
- Cómo se expresan los sesgos de género en la atención sanitaria de la EC.

(Ruiz Cantero y Verbrugge 1997, Tajer y cols 2000, 2002, 2003, 2006, Tajer 2009, Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004, Rohlf s y cols 2004, García de la Hera 2007, SSA Centro Nacional de Equidad de Género 2007, SSA Programa de acción 2001, SSA Programa de acción específico: Riesgo cardiovascular 2007, Ruiz Cantero y cols 2007, Tajer y cols 2014a).

Cabe agregar, que la clasificación de la EC de mujeres como “atípica”, parte de que hay un cuadro “típico” (Emslie y cols 2001, Tajer y cols 1998, Tajer 2009), entonces es pertinente preguntar, como lo hace Valls-Lobet (2006), ¿Quién es el tipo?, para señalar lo que ha venido reportándose desde tiempo atrás, que la EC está identificada como una enfermedad masculina y que el cuadro clínico descrito en los libros de medicina corresponde a ese modelo, el cual se reproduce en el imaginario social y en las prácticas, tanto del personal de salud como de la población, dada la hegemonía social del discurso médico. Además, esta concepción devela al “sujeto” invisible en la construcción de la EC: la mujer.

La identificación de la EC como masculina, ha sido problematizada desde distintas disciplinas, a veces desde las ciencias de la salud, sobre todo cuando las investigaciones se analizan con perspectiva de género, para evidenciar que hay sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria, así como sub-registro y menores esfuerzos terapéuticos del personal de salud cuando son las mujeres las afectadas (Ayanian y Epstein 1991, Healy 1991, Ruiz-Cantero y Verbrougge 1997, Rohlf s y cols 2004, Mosca y cols 2004, Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004, Rohlf s y cols 2004, Ruiz-Cantero y cols 2007).

En otras ocasiones desde las ciencias sociales, como la sociología, antropología y psicología, con estudios de género de la salud y la enfermedad (Emslie y cols 2001, Tajer y cols 2002, Tajer y cols 2003, Tajer 2005, Mussi y Aráujo 2006, Mussi y cols 2013, Tajer 2009, Tajer y cols 2014a).

La investigación sobre la EC de mujeres en México y América Latina

Cabe aclarar que la producción bibliográfica sobre EC de mujeres es muy extensa, pero la mayoría de los reportes centran la investigación en los factores de riesgo cardiovascular identificados desde la medicina científica hegemónica (Menéndez 2003), las pruebas y procedimientos diagnósticos y las alternativas terapéuticas. Es decir son de corte biomédico, y género suele utilizado como una variable, lo que consideramos corresponde a una desagregación por sexo (Ruiz-Cantero y cols 2006, Salas-Valenzuela y Medina-Mora 2006).

En la revisión de trabajos para el estado del arte, se encontraron algunos que hacen explícita la perspectiva de género o el estudio de diferencias en base al género. En México, el grupo de Solorio y cols (2007), comentaron que identificarían las diferencias en la presentación de la EC, en relación al género. Identificaron a la angina de pecho, como la presentación más frecuente de la EC en mujeres y concluyeron, que las mujeres acudían “... más tardíamente (a los servicios de salud)... ya que posiblemente tengan menos conocimiento acerca de los factores de riesgo cardiovascular y de las intervenciones dirigidas a reducir el riesgo” (Ibíd, 228).

Sin embargo, no hay un análisis desde la perspectiva de género, lo que invisibiliza las dimensiones más profundas que permitan comprender las diferencias y las causas que subyacen a la demora de las mujeres, así como las cuestiones relacionadas con las inequidades en salud, como propone Tajer (2012).

El otro trabajo en el país, es el de Poblano-Verástegui y cols (2007), en el cual se explicita como objetivo, analizar la calidad de la atención “asociada a género” para diversas enfermedades entre las que incluyeron el infarto agudo al miocardio (IAM). Los resultados no son problematizados desde la perspectiva de género y el tema queda subsumido y homogenizado por medio de índices de atención.

En cuanto a investigaciones con perspectiva de género en otros países de América Latina y el Caribe, destacan los reportes de Tajer y cols, quienes desde 1998 han estudiado diversas vertientes de la relación entre género y enfermedades cardiovasculares, con una importante producción bibliográfica (Tajer y cols 1998, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2010, 2011, 2013).

La mayoría de sus investigaciones son multidisciplinarias, de corte cualitativo y cuantitativo. Han estudiado la construcción de identidad masculina y femenina y los modos

de construcción de riesgo en salud; sobre el sub-registro de los síntomas coronarios por parte de las mujeres y del personal de salud; la identificación y comprensión de la vulnerabilidad coronaria diferencial, por género, edad y clase social.

Además, la autora, desde el campo de la subjetividad y salud mental, retoma la información sobre la construcción inicial en el imaginario social de la EC como una “enfermedad del género masculino” y encuentra que persiste esta construcción, a pesar del incremento de la enfermedad en la mujer (Tajer 2005, 2009).

En uno de los trabajos más recientes, Tajer y otras investigadoras (2014a) mediante una investigación cuantitativa y cualitativa, indagaron sobre los imaginarios de profesionales y de usuarias del sistema sanitario, que podrían operar como barreras de género en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Concluyeron que hay avances en la percepción de riesgo psicosocial por parte de las mujeres, con diferencias entre sectores público o privado. Identificaron distancias entre imaginarios y prácticas en salud, tanto de las usuarias como del personal de salud y, enfatizaron el papel central que pueden tener médicos/as generalistas y gineco-obstetras en la prevención primaria de la EC.

Por otro lado Mussi y Pereiro (2010) en un estudio cuantitativo y cualitativo estudiaron la tolerancia al dolor inicial del problema coronario entre hombres y mujeres, reportando que la resistencia se da como una forma de mantener el control de sus propias vidas, con diferencias de acuerdo a las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino.

En otro trabajo Mussi y cols (2013), utilizaron un modelo de regresión logística para correlacionar factores sociodemográficos, como nivel socioeconómico, pertenencia de raza/etnia, edad, género y síntomas clínicos del IAM, con el tiempo de demora para acudir a atención médica. En su estudio concluyeron que las mujeres tuvieron más tiempo de

demora en relación a los hombres, pero que la diferencia no era estadísticamente significativa. Este grupo de investigadoras/es no abordó dimensiones culturales ni ambientales de las diferencias.

En relación a los estudios que analizan dimensiones sociales y/o culturales, encontramos algunos sobre aspectos vivenciales de las mujeres con enfermedades coronarias.

Como el de Soto (2007), quien buscó identificar los factores que explican la demora de las mujeres para solicitar atención médica ante dolor coronario, entre los cuales refiere: la valoración de las características del dolor por parte de las mismas mujeres, la desprotección familiar de que suelen ser objeto, el que las mujeres privilegien el cuidado de otros integrantes de la familia sobre sus propias necesidades de atención, su dependencia a terceros, la incapacidad para modificar su entorno y las experiencias previas con el personal de salud que influyen en este aplazamiento en la búsqueda de atención. La autora no explicitó la utilización de la perspectiva de género en su análisis, pero los factores que identificó como causas de demora de las mujeres, se relacionan con patrones y estereotipos de género, inmersos en relaciones de poder que se reproducen en el cuidado de la salud.

Desde el enfoque del interaccionismo simbólico, Mussi y Araújo (2006), realizaron una investigación cualitativa, cuyo objetivo fue “comprender los significados de la experiencia del dolor” (Ibíd., 170). Para lo que exploraron las experiencias de las mujeres ante el dolor del IAM, utilizando como categoría principal de análisis la “ruptura de la vida cotidiana”. Concluyeron que ante este tipo de dolor, las mujeres además del miedo a morir, se sienten dominadas por la pérdida de control sobre la vida y sobre su cuerpo.

Los estudios de Soto y cols, y de Mussi y Pereida, hacen aproximaciones a las dimensiones subjetivas de la vida de las mujeres y en este sentido tienen gran potencial

descriptivo, aunque dejan fuera el análisis de las fuerzas sociales presentes en el problema, es decir la relación con las macroestructuras y su expresión en las vivencias diferenciales por género.

Mientras que Lima y Padial (2007), exploraron la relación entre el perfil socio-económico-cultural de las mujeres como indicadores de exclusión social, y la presentación de EC después de la menopausia. Partieron de la premisa de que la exclusión social y las discriminaciones de género, no son bien entendidas y evaluadas cuando se investiga sobre EC, y concluyeron invitando a formar equipos multidisciplinarios para el abordaje integral de este problema.

Por otra parte, Medrano (2012) realizó una investigación cualitativa en la que analizó la caracterización de síntomas de angina, y observó que las mujeres priorizaban la atención de “otros”, antes que de sí mismas. Ella señaló que las mujeres empezaban a vivir su cuerpo a través del dolor cardíaco, experiencia que las llevaba a cuidarse, situación que pudiera ser temporal, ya que ellas “debían” cambiar su forma de vida para continuar cuidándose a sí mismas. Afirmación que gira más en el sentido normativo que en la lógica de las prácticas.

Por último, hay diversos estudios que indagaron los conocimientos de las mujeres acerca de la EC, sus resultados muestran que hay diversos grados de desconocimiento de las mujeres acerca del riesgo de padecer o de morir por EC, y que es reducido el número de mujeres que siguen la directriz de cambiar el estilo de vida, como se recomienda desde la biomedicina (Guerchicoff y Merhan 2013).

A través de encuestas se ha buscado identificar que conocimientos tienen las mujeres acerca de los factores de riesgo cardiovascular (Manzur y Arrieta 2005) y sobre la prevención de la enfermedad; acerca de la brecha entre “conocimiento” y comportamiento

en mujeres informadas sobre EC, cruzando la información con la edad y nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas (TNS Gallup Argentina 2010), el énfasis de estos estudios es lo individual y comportamental.

En una encuesta más reciente, Rolandi y cols (2013), reportaron que las mujeres tenían un “conocimiento adecuado” (Ibíd., 329) de los factores de riesgo cardiovascular, los síntomas coronarios y sobre estrategias preventivas, pero continuaban identificando al cáncer de mama como el principal problema de salud de las mujeres, sobre todo las más jóvenes. Este último punto lo habían reportado Mosca y cols en los EEUU (2010).

Como puede apreciarse, pese a la creciente importancia epidemiológica y social de la EC en mujeres, en la región aun son pocas las investigaciones que analizan las especificidades de la EC en mujeres, desde una perspectiva sociocultural y de género, si se comparan con la producción bibliográfica biomédica.

Sintetizando, la búsqueda sobre este problema de salud desde la mirada de género muestra que son pocas las investigaciones que profundizan en la discusión sobre las desigualdades de género en la EC, que el estudio de las diferencias se ha centrado en aspectos biológicos desagregados por sexo, entre ellos, la edad de presentación del “cuadro” clínico, a pesar de las nuevas evidencias que muestran el corrimiento de la edad de presentación a etapas más tempranas de la vida en ambos sexos, y la disminución del intervalo entre ambos (Tajer 2005, Fundación Favaloro). Es decir que al sesgo de género se suma el sesgo por edad.

Al enfatizar las diferencias biológicas, quedan fuera del análisis incluso cuadros de dolor coronario que plantean interrogantes a estas explicaciones causales, como el síndrome cardíaco X y la miocardiopatía inducida por estrés (o Takotsubo) (Gadda 2010, Santos y Valero 2011, Arrebola-Moreno y cols 2011).

En relación al estrés, hay que cuestionar la etiquetación de las mujeres como “naturalmente” más emocionales (Urquijo y cols 2003), que puede llevar a tratar sus malestares con ansiolíticos y al sub-registro de los primeros síntomas coronarios.

También hay que cuestionar, qué es lo que se entiende por estrés desde los estudios biomédicos y reconocer los aportes de otras disciplinas, que han identificado factores psicosociales, íntimamente relacionados con patrones y normas de género, así como con condiciones de vida de las mujeres, que incrementan la vulnerabilidad y fragilidad coronarias (Tajer 2009).

Así como analizar los modelos utilizados en la investigación de factores psicosociales, para esclarecer cómo se construyen y cuál es el objeto de estudio de su diseño. A fin de identificar si no reproducen sesgos de género en la investigación, al aplicar modelos teóricos contruidos en hombres, a las investigaciones de mujeres (Ibíd.).

Cabe aclarar que la identificación de trabajos que exploran la relación entre EC y género, puede dificultarse por errores sistemáticos en la investigación. De acuerdo a Ruiz-Cantero y cols (2007), la ciencia de búsqueda y recuperación de información (ISR) “puede afectarse por el androcentrismo de la ciencia tradicional” (Ibíd., 47), que da lugar a sesgos de género en diversas fases del proceso, por ejemplo: en los términos seleccionados para encabezados y/o en las asociaciones semánticas utilizadas de acuerdo al vocabulario médico controlado (MeSH) para revistas y publicaciones médicas. Puesto que no hay un término específico para el “index de los estudios de género dentro de los 17 000 MeSH ligados a las palabras” (Ibíd., 47).

Este grupo de investigadoras ha demostrado, que este sesgo androcéntrico, dificulta la búsqueda de trabajos que asocian la perspectiva de género con descriptores epidemiológicos.

Es importante mencionar que los sesgos de género en la investigación pueden llevar a la exclusión sistemática de mujeres en los ensayos clínicos y que en el caso de la EC, esta exclusión puede articularse con una condición de ciudadanía que invisibiliza el modo en que las mujeres construyen y auto-perciben el riesgo, influyendo en sus prácticas.

De manera que para conocer acerca de la apropiación de derechos en salud, es necesario comprender las vivencias y experiencias de las mujeres ante la EC: qué estrategias utilizan, con qué recursos cuentan, qué obstáculos enfrentan y cuáles son las posibilidades de ejercicio de derechos.

Se aprecia que aunque limitados en cantidad, los trabajos que abordan el estudio de la EC desde la perspectiva de género demuestran, que la EC es una de las enfermedades que más evidencian desigualdes sociales en salud (Velasco 2010, Barros y cols 2013).

Se enfatiza que de acuerdo a la búsqueda bibliográfica, en México hay escasa producción empírica sobre la EC de mujeres desde la mirada de género, y menos de ciudadanía. El problema es que se ha privilegiado la investigación biológica de la EC de mujeres y se han soslayado los estudios socioculturales y de género, tanto desde las ciencias de la salud como desde las ciencias sociales. A pesar de los reportes de otros países, que han hecho evidente la necesidad de estudiar contextualmente la EC de mujeres.

Pues si bien en salud hay problemas comunes para hombres y mujeres, también hay especificidades y particularidades, que imprimen diferenciales en los modos de construcción y en las maneras en que son percibidos los riesgos en salud, en la severidad, frecuencia y comportamiento de las enfermedades (Denman y cols 2007), en las estrategias preventivas, curativas y en las maneras de gestionar las necesidades en salud.

Del mismo modo, se ha evidenciado que según el género de pertenencia, hay diferentes maneras de percibir, sentir, expresar y vivenciar la EC, así como hay diferentes

conductas de búsqueda de atención y de relaciones al interior de los servicios de salud. Sin dejar de lado que estos diferenciales, además del género, se relacionan con otros factores sociales y culturales como: la edad, etnicidad, clase social, y otras condiciones sociales específicas como situación laboral, migraciones, crisis económicas y/o políticas, etc. (Esteban 2006, Krieger 2003, Tajer 2009)

De ahí la importancia de investigaciones que amplíen la mirada para visibilizar las experiencias, diversidad y complejidad de las relaciones entre las actoras sociales, la salud y la enfermedad. Sobre esa base, la perspectiva de género y derechos, permite profundizar en la identificación, análisis y comprensión de la percepción de riesgo de las mujeres, de sus vivencias y de sus prácticas ante la EC.

En México, el estudio del proceso de apropiación de derechos y la construcción de ciudadanía de las mujeres en salud, se ha abordado principalmente por las ciencias sociales (Castro-Vásquez 2008, Castro-Vásquez y cols 2011, Castro-Vásquez 2011, Amuchástegui y Rivas 2004, Juárez 2009, Castro 2010, Herrera 2010).

La mirada sociológica en el estudio de la EC de mujeres

Ampliar la mirada sobre los problemas de salud mediante modelos de interpretación de las ciencias sociales, tiene un posicionamiento implícito: Las enfermedades no son exclusivamente procesos biológicos, son también construcciones sociales, culturales e históricas (Castro 2011), que se ligan a modos de vida, interacciones y relaciones sociales –

y de género-, bajo diversas condiciones económicas y políticas¹.

Sumado a esto se reconoce que en el campo médico:

“... el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. De modo que el sistema médico frecuentemente reproduce inequidades y jerarquías en una sociedad al naturalizar y normalizar las inequidades a través de hechos e imágenes acerca del cuerpo” (Larme 1998, 1005).²

Además hay que enfatizar que las desigualdades de género son comprendidas cuando se relacionan contextualmente con inequidades “que ponen en mayor o menor riesgo la salud y vida de la población: pobreza, desempleo, acceso a los servicios médicos, concentración de la riqueza” (Denman y cols 2007).

De manera que, para identificar las bases sociales más profundas de las desigualdades sociales en salud, y particularmente de las desigualdades de género en la EC, es imprescindible identificar, analizar y comprender cómo y por qué las diferencias biológicas de la enfermedad se convierten en desigualdades de género, propósito al que pretende aportar la presente investigación.

Como hemos mencionado antes, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo estado de bienestar, físico, mental y social, según ha definido la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta definición ha sufrido transformaciones para tratar de darle un sentido más dinámico, y entender la salud “como un recurso para la vida diaria”, aunque aun adolece de otros conceptos, sobre todo el de género (Mayobre y Caruncho 1998, 3).

¹ Una primera versión de este apartado se presentó en el IV Congreso Nacional de Ciencias Sociales.

² Traducción de la autora.

La salud tiene un alto valor social, pero desde la biomedicina se trata de evitar y/o tratar enfermedades, más que trabajar en preservar la salud, siendo uno de los rasgos estructurales dominantes del modelo biomédico, referido por Menéndez (2003) el biologicismo que "... inherente a la ideología médica (es) uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos históricos, sociales y culturales respecto del proceso s/e/a y de las otras formas de atención" (Ibíd.).

Sin negar que si bien el personal médico entrenado bajo este modelo, no desconoce que hay dimensiones psicológicas y sociales en salud, estas tienden a ser minimizadas desde los mismos currículos formativos, salvo excepciones como en el campo salubrista (Ibíd.).

Entre otros modelos contemporáneos de visualizar la salud/enfermedad, puede mencionarse la teoría de la salutogénesis de Antonovsky (1996); este autor propone que la investigación y promoción de los esfuerzos se centren en cómo mantener la salud, más que en dilucidar cómo se generan y tratan las enfermedades. Mientras que el concepto de salud positiva se liga con el bienestar y calidad de vida de las personas, dando gran valor a lo cualitativo, incluso por encima de lo cuantitativo (Lluch 1999). Desde la perspectiva de género y derechos se analizan aspectos como la toma de decisiones informadas, el proceso de autonomía, las condiciones que generan y sustentan inequidades en salud y las relaciones asimétricas de poder en el campo médico (Herrera 2009, Castro-Vásquez 2011, Castro 2014a).

Desde las ciencias sociales y particularmente desde la medicina social, se problematiza la conceptualización de la salud y la enfermedad como dos entidades

dicotómicas, y se cuestiona tanto la apropiación de estos conceptos por la biomedicina, como su enfoque reduccionista. Esta mirada propone una concepción más amplia, como un proceso continuum en las dinámicas individual y colectiva, que está mediado por las estructuras sociales, concepción que permite articular las dimensiones sociales y culturales, con las biológicas, superando la visión dicotómica de salud y enfermedad y sus correlaciones con la vida y la muerte.

Así, para la medicina social, salud y enfermedad forman parte de un proceso social e históricamente determinado (Laurel 1982), entendiendo como proceso salud/enfermedad de un grupo social (colectividad), el modo:

“... específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad” (Laurell 1982, 8).

Esta definición supera la visión dicotómica salud vs enfermedad, entendiendo que, “el proceso biológico se da socialmente” (Ibíd., 9), y por tanto tiene una simbolización social y culturalmente construida (Menéndez 1994, 1998). A nivel individual, el conceptualizar salud/enfermedad/atención como proceso, quiere decir que en cualquier momento a lo largo de la vida, las personas pasan de un estado a otro, bajo significaciones que le dan sentido a sus prácticas.

De esta manera, se posibilita incluir los condicionantes³ sociales de la salud, el papel protagónico de las estructuras sociales y al mismo tiempo, rescatar las voces de los/as

³ Comparto con Menéndez (2009), el cuestionamiento al uso de “determinantes” como lo propone la OMS, porque hablar de determinantes es establecer una causalidad de la que no hay escapatoria para los/as sujetos/as y puede reproducir discursos ocultos, de justificación o de legitimación, de las inequidades en el mundo.

actores/as sociales, que se relacionan con las estructuras y viven entre si las diversas fases de la salud y la enfermedad.

Los padecimientos y las respuestas individuales y colectivas a los mismos constituyen procesos estructurales que generan representaciones y prácticas, y estructuran saberes para "... enfrentar, convivir, solucionar y si es posible, erradicar los padecimientos... (pues) constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos" (Menéndez 1994, 71).

En el caso de la EC, con su potencial de cronicidad, secuelas y muerte, las mujeres construyen significados sociales, colectivos y dinámicos que dan soporte a sus estrategias de prevención, protección, identificación, curativas y de cuidados. Como veremos más adelante, las mujeres perciben de formas distintas la información sobre el riesgo de padecer EC, y sus experiencias vividas, con la enfermedad, también son diferentes.

Para el análisis hemos utilizado el marco teórico propuesto por Pierre Bourdieu en la Teoría de las Prácticas, particularmente con los conceptos de *habitus*, *campo* y *capitales*, así como aportes de Michel Foucault en relación al poder y la conformación de las mujeres como "*sujetas*" tuteladas en salud. Mientras que el concepto de ciudadanía se propone como un concepto articulador, para explorar el proceso de apropiación y las condiciones de posibilidad de ejercicio de derechos en salud.

El concepto de *habitus* (Bourdieu y Wacquant 2005), es útil para analizar cómo se reproducen prácticas de subordinación en el campo médico (Castro-Vásquez 2011), que inmersas en relaciones de poder, son "naturalizadas" y deniegan o al menos dificultan, la toma de decisiones y el ejercicio de derechos de las mujeres en el caso de la EC.

Dado que, tal como señala Bourdieu (2009, 81), “... la *decisión* -si es que hay decisión- y el *sistema de preferencias* que se hallan en el principio” dependen también de “*las condiciones*” en que se presentan las “*opciones*”, pues en tanto “*condiciones de existencia*”, producen “*habitus*”, entendido como

“... sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas...” (Bourdieu 2009, 81).

Al aseverar que el *habitus* es “*subjetividad socializada*” (Bourdieu y Wacquant 2005, 186), Bourdieu hace visible que lo individual está estructurado socialmente y que a su vez, éste estructura lo social, pero que *habitus* no es destino, pues está concebido como un “*sistema abierto*” a “*experiencias*” que lo refuerzan o modifican (Ibíd., 195).

Se entiende que las mujeres en tanto sujetas sociales son constituidas a nivel del campo médico, mediante relaciones de condicionamiento de ida y vuelta, que interiorizadas en *habitus* le dan sentido y significado al propio *campo*, pero que las relaciones –y las predisposiciones que les dan lugar- se pueden reforzar o modificar de acuerdo a los poderes y capitales en juego.

Lamas (2000) señala que durante el proceso de socialización, a través de instituciones y de “... la cultura, el lenguaje, la vida afectiva...” (2000, 12), se imprimen en el cuerpo normas, patrones, mandatos y premisas que son naturalizados y reproducidos socialmente, de manera que el “... *habitus* se convierte en un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas toman forma (“se encarnan”) en la

actividad de la sociedad” (Ibíd.). En el caso de las mujeres, se conforma un *habitus de género* que las coloca en posición subordinada en el mundo, lo que se reproduce en el campo médico y se expresa en prácticas diferenciadas de atención que va en detrimento de su salud cardiovascular.

Esto coincide con lo planteado por Bourdieu cuando se refiere a que las “oportunidades objetivas” que la gente enfrenta al ser “internalizadas, mediante un proceso de condicionamiento múltiple y prolongado” (Bourdieu y Wacquant 2005, 191), y no inculcadas mediante un activo mecanismo de persuasión, sino a través de la violencia simbólica, constituyen su forma de ver y situarse en los microcosmos sociales que conforman el mundo y que delimitan los capitales materiales y simbólicos que poseen y les dan (o no) poder para jugar las diferentes posiciones, en tanto agentes sociales que mantienen, no sin luchas por el poder y los capitales, la estructura del propio campo.

Las mujeres en el campo médico están en doble subordinación, ante la autoridad médica y de género, pues como dice Bourdieu (2000) la sumisión femenina se condiciona mediante un poder que admite una dimensión simbólica, y parte de una lógica paradójica, prerreflexiva y con efectos duraderos inscritos en el orden social, en el cual la sumisión femenina “... no se produce en la lógica de las conciencias concedoras, sino a través de esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los *habitus*...” (Ibíd., 54).

De manera que el orden social masculino, de acuerdo a Bourdieu, se asienta tanto en “*estructuras sociales*” como en “*estructuras cognitivas*”, condicionando que las mujeres apliquen “*esquemas impensados de pensamientos*” que son el producto de una encarnación

de las relaciones de poder construidas desde el punto de vista del dominante, como “naturales”. Por lo que “... los esquemas del *habitus* son al mismo tiempo genéricos y generadores, es decir producto y productores de género” (Bourdieu y Wacquant 2005, 245).

En el campo médico además, las mujeres son subordinadas en su calidad de pacientes, porque los/as poseedores de uno de los principales capitales simbólicos en juego –el saber sobre la enfermedad- son los y las médicos/as que las atienden, y porque es un campo donde no suele fomentarse la toma de decisiones de quienes ocupan la posición de pacientes.

Cabe señalar, que el concepto de *habitus* ha sido problematizado desde otras teorías sociales. De acuerdo a Alexander (2001), con este concepto Bourdieu no escapa al determinismo que implica limitar *habitus* a condiciones materiales de existencia, sin rescatar la autonomía del yo (self) que permite moverse y luchar contras las constricciones materiales.

Desde el feminismo también se ha polemizado acerca del determinismo que pudiera entrañar, en cuanto a “la posición del sujeto moderno y su capacidad de acción o agencia”, pues el concepto de *habitus* es tanto “un modelo de cuerpos dóciles” como “un yo estratégico, acumulativo” que deja fuera situaciones específicas, como “... las posibilidades de acción de las mujeres que están fuera del sistema jurídico y por lo mismo no pueden reclamar sus derechos” (Herrera 2009, 99).

La autora trae a colación que hay situaciones estructurales y jurídicas, que constituyen, no solo auténticas barreras de género, sino que limitan la conjunción del pasado (experiencias), con el presente y el futuro, en los esquemas de percepción,

apreciación y acción (*habitus*) con que las mujeres, en tanto agentes sociales, toman (o no) acciones. Asunto importante cuando se trata de tomar decisiones y llevar a cabo acciones, en espacios donde se supone que las mujeres enfermas (pacientes), no son capaces de comprender la EC y/o de tomar sus propias decisiones.

Para Bourdieu, si bien las mujeres son socializadas para ocupar un lugar subordinado, no son víctimas inertes, pues siempre hay “un lugar para una lucha cognitiva a propósito del sentido de las cosas del mundo...” (Bourdieu 2000, 27). Con esta aseveración el autor trata de solventar de alguna manera las críticas sobre el determinismo que pudiera entrañar el concepto de *habitus*.

Al interior del colectivo de mujeres hay *habitus* diferenciados en tanto grupo heterogéneo, lo que no contradice la “normalización” del orden social como masculino, conformado en el *habitus de género*. Siendo el género un organizador de la vida social, la violencia simbólica es, de acuerdo a Bourdieu, el mecanismo opresor por antonomasia, pues se establece sin “percibirse como tal” (Bourdieu y Wacquant 2005, 240). Es decir, sin coerción al ser el resultado del condicionamiento de estructuras objetivas en la subjetividad, y encarnarse en el *habitus* como “lo social hecho cuerpo” (Ibíd., 188).

Lamas (2000) retoma estos planteamientos e interpreta la manera en que Bourdieu maneja *habitus* y dominación masculina, y concluye que el género está impreso en el cuerpo, entendiendo que

“... con la lectura de Bourdieu, el cuerpo aparece como un ente/artefacto simultáneamente físico y simbólico, producido tanto natural como culturalmente, y situado en un momento histórico concreto y una cultura determinada. El cuerpo

experimenta, en el sentido fenomenológico, distintas sensaciones, placeres, dolores, y la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales y coercitivas. Todo lo social es vivenciado por el cuerpo, cuerpo que piensa y que siente” (Ibíd., 12).

De modo que el concepto de *habitus* implica un proceso de formación y modelado de años (no totalmente acabado) de la concepción personal del cuerpo que es social e históricamente determinado, y en el que se encarna la cultura, las relaciones de poder, las posiciones dentro del campo (o de los campos), la dominación y/o la subordinación, la clase social y el género.

De acuerdo a Pierre Bourdieu, un campo se define como

“... una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya disposición comanda el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo, y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)” (Bourdieu y Wacquant 2005, 147).

Campo y *habitus* están relacionados, ya que mientras el “campo estructura al *habitus*” para que este le dé sentido y valor al campo como “mundo significativo”, el *habitus* a su vez estructura al campo (Bourdieu y Wacquant 2005). El campo es entonces lo objetivo (lo social hecho cosa) y el *habitus* es lo subjetivo (lo social hecho cuerpo), expresándose la relación de ambos en las prácticas llevadas a cabo por los y las agentes. Tanto el campo como las posiciones que ocupan los/as agentes son productos sociales e históricos,

dimensiones que se inscriben en los *habitus*.

El *habitus* establece también la relación entre cada sujeto/a y su cuerpo, a través de procesos de aprendizaje (socialización) que conjuntando pasado, presente y futuro condicionan la forma en que este es concebido. Siendo el cuerpo un producto social e histórico, se entiende que está cruzado por la cultura, las relaciones de poder, dominación, subordinación, posición social, es decir, las condiciones materiales y simbólicas de su existencia.

El modelo estratégico de *habitus*, expresado en las reglas del juego dentro del campo, permite a Bourdieu romper con la teoría de la elección racional (Rawls 1979), e introducir una economía basada en el poder y capitales en juego que a su vez confieren poder para posicionarse y jugar dentro del campo.

Por capital se entiende "... aquello que es eficaz en un campo determinado... (y) que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia y por tanto existir en el campo en consideración" (Bourdieu y Wacquant 2005, 152). Al interior del campo, cada individuo (agente) detenta diversos capitales, y aun cuando se posean capitales generales equivalentes, cada agente puede diferir en su posición y en su "toma de posición", del mismo modo que puede modificar su capital, en base a las reglas o prerequisites del juego en el campo, pues los capitales son específicos de cada campo (Ibíd.).

Estos conceptos aplicados en salud, permiten estudiar lo que sucede en el ámbito del campo médico, entendido como *microcosmos social* relativamente autónomo, constituido en base a regularidades y conformado por instituciones y agentes ubicados en distintas posiciones. Altamente jerarquizado, es un campo de poder, cohesionado a través de

capitales en juego, siendo uno de los principales el saber médico, construido y legitimado por el mismo cuerpo médico. En tanto poseedoras del capital en juego, las instituciones de salud detentan poder, norman, legislan y deciden sobre la vida y muerte de la población. Mientras que el grupo médico, subordina a otros agentes de la salud (enfermería, trabajo social, laboratoristas, psicología), y a quienes por padecer una enfermedad pertenecen al grupo de “pacientes” (Castro 2011).

En el caso de las mujeres en el campo médico, aunque consideramos que están en una doble condición de subordinación, en tanto mujeres y en tanto pacientes, ellas también poseen capitales en juego, que conforman *habitus* diferenciados con los que contribuyen a mantener (no sin luchas por el capital y los beneficios), la estructura del campo. Con los conceptos de *habitus*, *capitales* y *campo*, es posible identificar en las mujeres un *habitus de género* (Lamas 2013, 197) y en las mujeres-pacientes lo que denominaré un *habitus paciente obediente*.

Cuando nos referimos al *habitus de género*, nos referimos a que éste está sedimentado en tanto subjetividad socializada, es decir, está depositado (encarnado) desde etapas muy tempranas de la vida, en lo más profundo del *ser mujer*, que al atender los parámetros culturales y hegemónicos en la estructura social, las coloca en posición subordinada en el mundo, sin que con esto no reconozcamos que en términos particulares e individuales, y en ciertos contextos, también sean poseedoras de diversos tipos de capital, entre ellos los de corte sociodemográfico como la pertenencia a cierta clase social, estar en un grupo de edad, contar con cierta escolaridad, haberse hecho de capital humano y social, con los que *juegan* y resignifican el mundo.

Mientras que con *habitus paciente obediente*, nos estamos refiriendo a las categorías de percepción, apreciación y acción, con que las mujeres que padecen una enfermedad, y de acuerdo a los capitales que poseen, se insertan en el microcosmos social que es el campo médico, son sus *condiciones de existencia* en un campo que les es ajeno.

Este concepto lo hemos construido con base en las evidencias que se han documentado en otras investigaciones, como en esta y se refiere a la posición subordinada de las mujeres-pacientes en el campo médico, la sujeción de que son objeto a la autoridad médica, la obediencia que se les pide a la hora de hablar y de acatar las indicaciones médicas como lo manifestaron algunas de las mujeres entrevistadas, y también la falta de información precisa, oportuna, clara, sobre los problemas de salud que les atañen –como la EC-, ligada sin embargo a la responsabilización y (auto)culpabilización de las mujeres-pacientes por padecer la enfermedad, atribuyéndolo a su falta de *obediencia* a las indicaciones médicas.

En relación al grupo médico, es posible observar *habitus de género* diferenciales entre médicos y médicas, y también un *habitus médico profesional* (Viesca y Consejo 2005), frecuentemente calificado como *autoritario* (Castro 2014a), es decir, conformado y legitimado en la acción histórica de las cosas en el campo médico, se objetiva mediante capitales en juego (como el saber médico, la posición en la jerarquía, el prestigio, el reconocimiento, el poder, el dominio), y otorga a quienes lo poseen, el poder para guiar acciones que estructuran, tanto al propio campo médico, como son estructurados por éste, mediante vínculos formativos.

Pese a los cambios que caracterizan a la medicina y sus procesos de crisis

(Menéndez 1994), el campo médico permanece inalterable e incluso se ha incrementado el poder fundante del saber médico. Es oportuno recordar al respecto, los aportes de Foucault en su libro *El nacimiento de la Clínica*, cuando analiza que si bien es a través de la mirada médica como “se abre el secreto de la enfermedad”, en la medicina como

“... espacio fundamental, los médicos y los enfermos no están implicados de pleno derecho; son tolerados como tantas otras perturbaciones difícilmente evitables: el papel paradójico de la medicina consiste sobre todo en neutralizarlos, en mantener entre ellos el máximo de distancia para que la configuración ideal de la enfermedad, entre sus dos silencios, y el vacío que se abre de uno al otro, se haga de forma concreta, libre, totalizada al fin con un cuadro inmóvil, simultáneo, sin espesor ni secreto, donde el reconocimiento se abre por sí mismo, sobre el orden de las esencias” (Foucault 2009, 14).

Es decir, el personal médico se acerca a la enfermedad visualizándola como un “cuadro” (la cosifica), que se abstrae de lo que siente y sufre el enfermo (Ibíd.). Además, quienes padecen deben subordinarse a la autoridad médica, reafirmando el poder médico “... ante el enfermo y la enfermedad...” (Clavreul 1983, 101). Basado en la medicina científica, la intervención del profesional médico “debe” modificar el curso de la enfermedad, y su discurso autoritario “... invita al enfermo a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede... a mirarse como a otro... a desconfiar de lo que experimenta” (Ibíd.), construyendo un “cuerpo dócil” -entendido a la manera de Foucault- que “debe” acatar sus instrucciones.

En estudios con perspectiva de género se ha evidenciado que en la relación médico/a-paciente, las más excluidas son las voces de las mujeres-pacientes lo que suele

quedar invisibilizado, tanto para el personal médico, como para las propias mujeres (Castro-Vásquez 2011). Esta exclusión forma parte de un complejo entramado de prácticas institucionales en salud, en cuyas estructuras perviven discriminaciones y brechas de género que inciden en la cotidianeidad de las relaciones al interior del campo médico, y que en tanto institucionalizadas e implementadas en forma vertical, propician el reforzamiento de dichas prácticas.

Impuestas como “receta” para normar la conducta sin propiciar directamente la autonomía de la población, las prácticas institucionales acrecientan el saber y el poder médico, y pueden considerarse como “violencia de género en los espacios de salud” (Fernández 2007, 52).

En México, los conceptos de *habitus* y *campo* se han utilizado en diversas investigaciones en salud, por ejemplo, Herrera (2009) hace análisis del discurso con la teoría de los *campos*, en un estudio sobre violencia de pareja y políticas de salud en México; Viesca y Consejo (2005) trabajaron *habitus médico profesional* en un estudio realizado en la UNAM; Castro (2010), trabajó sobre el *habitus profesional* y ciudadanía; y Castro (2014a) explora cómo se gesta el *habitus médico autoritario* en la formación médica; y las pautas de género en el desarrollo del *habitus*, que reproducen las estructuras de género (2014b).

Por su parte, Castro-Vásquez (2011), en investigaciones en salud, utiliza los conceptos de *habitus*, *campo* y *mercado lingüístico*, para analizar cómo se construyen formas de subordinación de mujeres en el campo médico, que invisibilizan derechos en salud, y cómo se incorporan al *habitus* prácticas diferenciadas que se reproducen, entre

otros dispositivos, a través de mercados lingüísticos inmersos en relaciones de poder, demostrando que la voz de los médicos y las médicas y de los pacientes y las pacientes, están claramente diferenciadas (Ibíd.). En este sentido, el mercado lingüístico es un campo de definición de poderes, en el que adquieren forma la subalternidad y la inequidad de género (Ureta-Calderón 2003).

Tomando en consideración estos conceptos, en este proyecto se busca identificar y comprender por qué permanecen ocultas a la sociedad en general, y particularmente a las mujeres sujetas de la investigación y al personal médico que las atiende, las particularidades de género de la EC de mujeres, y las voces de éstas en relación a la EC. En otras palabras, cómo y por qué, las diferencias en la EC se convierten, en desigualdades de género.

En algún momento de la compleja relación entre la biomedicina y la sociedad, se pierden las voces de quienes se encuentran en una posición subordinada: las y los pacientes, aunque la exclusión y lo que conlleva esta práctica, es claramente diferente para hombres y mujeres. Como ya hemos ido anotando en páginas previas, desde hace décadas muchos autores han documentado que la relación médico/a-paciente es una relación asimétrica de poder en la que el saber médico, legitimado como el científico y verdadero, excluye otros saberes y otras verdades (Friedson 1970, Clavreul 1983, Foucault 1979, Menéndez 2003).

Uno de los autores que ha develado con más profundidad cómo se funda el poder en instituciones como los hospitales, es Michael Foucault, de quien ya hemos retomado parte de sus planteamientos. Para el autor el poder implica tanto relaciones como prácticas.

Siendo que el espacio terapéutico se articula de manera que tiende a “individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas y las muertes” (Foucault 2002, 133), el poder en el campo médico se funda en la individualidad y fragmentación de los cuerpos, pero:

“... no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que de hecho la atraviesa, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault 1979, 182).

Tanto Bourdieu como Foucault buscan hacer visible cómo son las relaciones de poder en la sociedad. Pero mientras el primero considera que el poder es tanto objetivo como simbólico, es constitutivo y no necesariamente coercitivo; para Foucault está legitimado como relaciones de poder que “... pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos sin tener incluso que ser sustituidos por la representación de los sujetos...” (Foucault 1979, 156) y por lo mismo no se cuestiona.

En el campo médico, saber y poder están coligados a la generación de verdades, a estrategias de control y orden sociales, así como a la imposición de reglas y juicios morales. En la atención de la EC de mujeres, consideramos que las vivencias y experiencias, difieren individual y colectivamente, en la exposición a riesgos, en sus maneras de padecer y en las estrategias de afrontamiento a la enfermedad.

No obstante al acotarse el proceso s/e/a al componente biológico, se descontextualiza a las “pacientes” y se deslegitiman sus saberes, aún cuando el personal de salud las identifique como “encargadas” de los cuidados a la familia (Hernández y cols

2001). Siendo el contexto, las condiciones de existencia y la pertenencia de género, aspectos centrales en la toma de decisiones para su propio cuidado de salud, incluyendo la búsqueda de atención médica.

Múltiples factores sociales, culturales, económicos, políticos y de género, intervienen en las prácticas de cuidados de las mujeres, y en la búsqueda de atención médica cuando enferman del corazón. Tienen que ver con el poder y con los capitales que poseen, no sólo en el campo médico, sino en niveles macro (cultura, economía, religión, protección en salud, etc.), meso (entornos más cercano como organizaciones sociales, acceso a servicios de salud), y micro estructurales (insertos en la cotidianidad, edad, familia, etc.). Los diversos capitales sustentan y conforman *habitus* en cuyos esquemas están incluidos modelos explicativos de las enfermedades, y se configuran (o no) procesos de apropiación de derechos en salud.

La mirada de género y derechos en el estudio de la EC de mujeres

La mirada de género y derechos en el estudio de la salud abrevia de la producción teórica feminista, que diversa y plural, reclama la articulación de las desigualdades de género con otras variables como raza/etnia, clase social, entre otras. No considerar esta perspectiva, creemos que corre el riesgo de invisibilizar o minimizar las diferencias y desigualdades sociales, así como los sesgos de género en la atención de la EC.

La teoría feminista de los años 70 (llamada la tercera ola del feminismo) acuñó la conceptualización de género como una "... herramienta analítica capaz de develar las

ideologías sexistas ocultas en los textos de las ciencias humanas y sociales...” (Osborne y Molina 2008, 147). Y aunque el concepto se fue complejizando y ampliando conforme su utilización disciplinaria, y las discusiones alrededor del concepto sexo-género, no ha perdido su capacidad crítica y contestataria para visibilizar lo invisible y cuestionar el *status quo*.

Para Esteban (2006), el quehacer feminista ha aportado dos grandes ejes en el estudio de la salud: denunciar la naturalización social de la mujer y la distinción entre sexo y género. Por su parte, Valls-Lobet señala que pueden identificarse “tres reglas del patriarcado” que se legitimaron basadas en la “ciencia”: “la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, la fragmentación del cuerpo y de la experiencia y la objetualización de los sujetos” (2009, 23).

En salud, Krieger (2003) analiza como el concepto de género, que aparece en la literatura biomédica o de salud pública después de los 70’s, es utilizado con dificultades conceptuales y de operacionalidad, pues en algunos trabajos se utilizan los conceptos de género y sexo en forma intercambiable, como si significaran lo mismo; y en otros son referenciados como constructos diferentes, uno ligado a la construcción social y cultural y el otro a la construcción biológica.

En este proyecto se conceptualiza género, como la construcción esencialmente sociocultural y enmarcada en un momento histórico, de lo que se entiende como “masculino” o “femenino”. En tanto construcción dinámica y relacional, el concepto está abierto a estilos genéricos, que dependen de situaciones, vínculos y momentos.

De acuerdo a Lamas (1996), la construcción de género varía en cada sociedad

dependiendo de cómo se simbolice la diferencia sexual. Además género es también un “elemento constitutivo de las relaciones sociales, basadas en las diferencias que distinguen los sexos... (y es) una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott 1996, 22).

A la vez, el sistema sexo-género se:

“... articula con otras formas de desigualdad en momentos histórico-sociales particulares al funcionar como modelo y a la vez mecanismo reproductor de la desigualdad en general, en tanto que principio de organización social, dado que la diferencia sexual facilita la naturalización de la dominación. En virtud de esta característica resulta funcional a varias lógicas de dominación social, como la que se sustenta en la desigualdad étnica y de clase, entre otras” (Herrera 2009, 14).

Es decir, mediante la construcción sociocultural de género, se reproducen desigualdades, que incorporadas al *habitus*, son reproducidas mediante predisposiciones contextualmente ubicadas.

En cambio, la perspectiva de género es una mirada teórica, globalizadora que permite examinar diferencias y desigualdades de las relaciones de género y comprender como se construyen en sociedad esas relaciones de género. A través de este enfoque se busca cuestionar el orden de las cosas y visibilizar las diferencias y desigualdades de poder, para evidenciar que éstas son determinadas social y culturalmente, que se fundamentan en normas y patrones construidos a nivel simbólico e incorporados en procesos de socialización, así como el impacto de las diferencias en la concreción de los derechos (Sen y cols 2005, Cerón-Mireles y cols 2006, Gamba 2008).

En tanto que los roles de género son entendidos como los roles económicos, sociales y culturales, que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. Y las normas de género, refieren al reconocimiento de que en todas las culturas las relaciones de género tienen raíces estructurales (división sexual del trabajo) e institucionales (normas y reglas) que guían la distribución de recursos y oportunidades en la sociedad y entre varones y mujeres en particular. Se construyen a nivel simbólico, y se sustentan y reproducen en las concepciones, mentalidades e imaginarios colectivos (PRIGEPP 2009).

Mientras que la asignación de género se hace en base a características anatómicas, la identidad de género es la auto-identificación desde edades tempranas (alrededor de los dos o tres años) del género al que se pertenece, y que estructura toda la experiencia vital, es decir, todas las experiencias serán tamizadas de acuerdo a la identidad genérica (Lamas 1995).

Además, como comenta Lamas (1999), la categoría de género cuestiona la existencia de una esencia femenina, y visibiliza que esto se enraíza en las formas de interpretación, simbolización, y organización de las diferencias, basadas en el sexo biológico (Lamas 1996).

Retomando el concepto de salud de la OMS, a pesar de los cambios de que ha sido objeto desde su construcción inicial, aun hace falta plantearla tomando en cuenta la perspectiva de género; su ausencia constituye un sesgo importante en su definición (Mayobre y Caruncho 1998).

En México, Cardaci a finales de los 90's analizó la producción académica de estudios con enfoque de género en salud, encontrando que las investigaciones se enfocaban

en dos temas principales: salud reproductiva y violencia de género y que se habían utilizado enfoques cuantitativos y cualitativos; que los universos de estudio eran predominantemente mujeres en edad reproductiva; y que se habían soslayado las condiciones socioculturales de algunas enfermedades como la diabetes, los estudios sobre cómo prevenir problemas de salud en la vejez, y los análisis críticos sobre el rol de mujeres con menores ingresos (Cardaci 2006).

Sin embargo, no reportó estudios sobre las condiciones socioculturales y de género de la EC de mujeres, a pesar de su relevancia epidemiológica, lo que podría considerarse un sesgo de género en la investigación nacional sobre un importante problema de salud, y que tiene repercusiones para la salud de las mujeres, al no verse beneficiadas de la misma manera que los hombres de los avances preventivos y curativos de la enfermedad.

Estos temas también son de importancia para comprender a las mujeres y a la EC de mujeres, y para analizar las dificultades que tiene el personal médico para identificar las diferencias biológicas, de las particularidades de género en este problema de salud.

Para cerrar este apartado quiero resumir señalando que hay aspectos relevantes de los estudios de género y salud, algunos un poco más desarrollados que otros, por su contribución a: 1) al análisis de los cambios contemporáneos socio-demográficos y sus repercusiones diferenciales en salud (Salgado-de Snyder y Wong 2007); 2) los sesgos de género en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero y Verbrougge 1997, Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004); 3) el subregistro del VIH/Sida en los sectores más marginados de mujeres y niñas, a pesar de la feminización de la enfermedad (Bonder 2007); 4) la tasa más alta de tuberculosis entre mujeres portadoras de VIH/Sida por su mayor vulnerabilidad (Ibíd.); 5) la mayor exposición de las mujeres a la esquistosomiasis como consecuencia de sus roles

de género (Ibíd.); 6) el malestar de las mujeres (Friedan 2009) en la cultura y la mayor medicalización de sus malestares (Burin 1993); 7) la visibilización de los derechos de las mujeres en la construcción de ciudadanía en salud (Herrera 2010, Castro-Vásquez 2011); 8) la violencia en los espacios de salud (Castro 2011); 9) la mayor carga del peso de la enfermedad cardiovascular en mujeres, asunto sobre el que regresaré posteriormente (Tajer 2009, Tajer y cols 2014a).

Una aportación más de los estudios socioculturales es el concepto de medicalización, utilizado por diversos autores como Foucault e Illich, que alude al proceso de expansión de la medicina moderna a otros ámbitos, problemas y fases normales de la vida cotidiana y del cuerpo humano, re-significando percepciones y prácticas, patologizando los malestares, desatendiendo las críticas a la invasión del cuerpo, de la mesa, de la cama, de las relaciones, etc., y excluyendo otros saberes y otras prácticas (Márquez y Meneu 2007). En el caso de las mujeres y bajo la perspectiva de género, este concepto refiere a la medicación e instrumentalización de procesos normales, como el embarazo, el parto, el puerperio, la menopausia, y la medicación de sus malestares en la cultura (Burin 1993).

Esto es sólo una muestra de cómo la perspectiva de género, en tanto análisis relacional y cuerpo de conocimientos que cuestiona el *status quo*, ha evidenciado que hay modos diferenciales de vivir, padecer y enfrentar el proceso s/e/a de la EC; hace visibles prácticas diferenciadas de atención (Tajer y cols 2014a); y muestra la necesidad de rebasar el reduccionismo que atribuye las diferencias sólo al sexo biológico, o que hace dudar de la calidad de la información o de la validez de las investigaciones cuando hacen evidentes diferencias entre los sexos (Colomer 2007).

Estudiar la EC de mujeres, desde una mirada de género, enfrenta el reto de evitar el sesgo de la biología (Sen y cols 2005), sin subestimar su importancia. De modo que es imprescindible rescatar la complejidad de los factores biológicos e identificar los condicionantes sociales y culturales que exacerbaban vulnerabilidades biológicas.

La investigación biomédica reporta que la EC es más letal en mujeres, a pesar de que también ha reportado que las mujeres tienen un efecto protector contra esta patología por los estrógenos, y que son las mujeres mayores de 65 años donde se concentran los diagnósticos. Pero se hace indispensable identificar las desventajas sociales o la discriminación que contrarresta la protección biológica, por ejemplo en mujeres más jóvenes y de clases sociales desprotegidas (Tajer 2005).

Dado que el conocimiento biomédico se basa en concepciones filosófico-teóricas de la enfermedad y la muerte, que enfatizan la biología y excluyen las dimensiones socioculturales, el problema se presenta más grave cuando el personal de salud, no promueve lo suficiente las estrategias preventivas y/o curativas, y descalifica los saberes de las mujeres incluyendo su comprensión de la enfermedad e invisibiliza sus estrategias de cuidados.

Al no reconocer diferencias y similitudes de la enfermedad en hombres y mujeres, el personal de salud "... contribuye a la inequidad en salud asociada al género..." (Ruiz-Cantero y Verbrugge 1997, 106), lo que puede considerarse como una trasgresión al derecho de las mujeres a recibir una atención digna, de calidad, oportuna y adecuada.

Respecto al concepto de derechos humanos, son garantías esenciales sustentadas en la dignidad humana que se establecen dentro del orden jurídico en la Constitución, leyes y

tratados internacionales, son libertades, facultades y reivindicaciones establecidas con base en las relaciones sociales y a favor del individuo (CNDH), se rigen por los principios básicos de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, y progresividad (Ibíd.).

De acuerdo a la ONU, uno de los derechos fundamentales por antonomasia es el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. En México este es un derecho constitucional, contemplado en el artículo 4^{to}, lo que obliga al Estado a preservarla como un bien jurídico tanto en su componente individual como en el colectivo o social. La Carta de los Derechos de los Pacientes compila diversos derechos contemplados en la normatividad jurídica nacional e internacional, entre ellos el derecho a la información, devenido en facultad jurídica para recibir y/o exigir información suficiente, clara, oportuna y veraz⁴ (Secretaría de Salud 2002).

El derecho a la información tiene al menos dos aristas, uno refiere a la secrecía y protección de la intimidad de los y las pacientes, que defendido por los y las profesionales de la salud imprime un corte paternalista a la relación médico-paciente; el otro es la concepción de la información como un derecho que requiere de materialización para su ejercicio, en tanto busca empoderar a los y las pacientes, pues “... salud e información se encuentran estrechamente unidas hasta el extremo de no poder vincularse sin resultar recíproca o singularmente conculcadas e incluso, incidir en el ejercicio de muchos otros derechos subyacentes en esa relación” (Montoya 2011, 3).

Los derechos humanos se concretizan en la ciudadanía, están íntimamente ligados a ésta, aunque el nacimiento del concepto remite a la Grecia antigua, estaba relacionaba

⁴ Para su elaboración participaron la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), la Subsecretaría de Innovación y calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Federación Nacional de Colegios de Profesión Médica del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.

principalmente con la democracia y participación ciudadana no exenta de posiciones y relaciones de poder, era también excluyente, y uno de los grupos que carecía de representación era precisamente el de las mujeres (Horrach 2009).

Después de múltiples vaivenes de progresos (y retrocesos) la ciudadanía como se le concibe en la actualidad, surgió ligada a los Estados modernos. Aunque es un concepto en construcción, se hacen necesarios algunos acercamientos, se entiende que es una construcción social, histórica, colectiva y jurídica (Castro-Vásquez 2011) que regula vínculos e interdependencias de las personas e instituciones que forman parte de la red de interrelaciones en un medio social.

Marshall en su disertación sobre derechos y ciudadanía, trata de conceptualizar sistemáticamente el concepto de ciudadanía y distingue concretamente tres tipos: una ciudadanía civil que en el siglo XVIII se relacionaba con los derechos de la libertad individual, y el derecho a la propiedad; una ciudadanía política en el siglo XIX, con los derechos políticos como el derecho al voto y a la organización social y política; y una ciudadanía social en el siglo XX relacionada con los derechos sociales y económicos (Marshall 1965). El autor sostuvo que esta ciudadanía es igualitaria y universal, y que al Estado corresponde reconocerla y garantizarla.

Lo más discutible de esta conceptualización de Marshall es que contempla una sociedad cultural única, integrada y acotada a la pertenencia a una Nación, y a un ciudadano universal, es una ciudadanía pasiva y unívoca, siendo que ciudadanía no puede entenderse sólo de una manera (Horrach 2009).

Rawls (1979) en su libro *Teoría de la Justicia* no conceptualiza ciudadanía, pero si

establece que los derechos y libertades básicos se definen por “las reglas públicas de la estructura básica de la sociedad” (Ibíd., 70). El autor hace referencia a cuatro condiciones constitutivas de ciudadanía: a) membresía en tanto pertenencia a una nación; b) libertades iguales; c) igualdad, referida a igual posición de ciudadanía definida por “... los derechos y libertades que exigen el principio de igual libertad y el principio de la justa igualdad de oportunidades” (Ibíd., 92) y; d) participación, este principio se aplica a los individuos y a las instituciones (Ibíd.).

De manera que el concepto de ciudadanía comprende tres grandes significados: “estatus atribuido” en tanto pertenencia a una nación; las “prácticas sociales” de los y las ciudadanas para hacer efectivos sus derechos y; el “proceso institucional” para garantizar el reconocimiento y ejercicio de derechos (Haro 2008).

Ciudadanía es entonces el conjunto de derechos y de obligaciones ligadas a ellos, se construye en relaciones de poder y requiere de reconocimiento, de condiciones de posibilidad para su ejercicio, y de empoderamiento ciudadano para lograr participación social y ciudadanía plena.

Como hemos venido comentando, aunque el marco conceptual de ciudadanía se encuentra en un proceso continuo de construcción sociocultural uno de sus principios fundamentales es la idea jurídica de “igualdad”, aunque no basta con partir del marco conceptual de igualdad jurídica para garantizar ciudadanía (Valdivieso 2012), puesto que en tanto status formal permite que se soslayen particularidades y diferencias, y una de las principales se relaciona con la construcción social de género.

Sin embargo, con el concepto de ciudadanía podemos enfatizar un marco para

analizar la construcción de las mujeres como sujetas de derechos en salud, y en la atención de la EC de mujeres, podemos observar dicha ausencia en la gestión y atención a este problema de salud. Nuestra revisión bibliográfica, y posterior hallazgos en campo, sustentan que en el contexto se desarrollan procesos que limitan estructuralmente el proceso de apropiación de derechos.

Como se había evidenciado desde la teoría feminista y otras perspectivas críticas, el concepto de ciudadanía moderna conlleva desigualdades y exclusiones, que reproduce inequidades y la convierten "... en un privilegio, más que en un derecho... (cuyo) desarrollo histórico se enquistó en la dualidad inclusión/exclusión... (y) en la práctica produce una exclusión de facto de grandes grupos poblacionales..." (Valdivieso 2012, 24).

Sin embargo, ciudadanía es también un concepto multidimensional y a la vez un "proceso articulador flexible y contextualizado de las diferentes situaciones" (Ibíd., 25) en que se ubican los grupos poblacionales.

Cabe señalar, que el desarrollo histórico de feminidad y género inserto en el proyecto de la modernidad, excluyó a las mujeres del espacio público y postergó su inclusión como sujetas de ley, por ende su construcción de ciudadanía es más reciente. Si bien hay propuestas contemporáneas, la construcción de ciudadanía de las mujeres aún se debate entre goces diferenciadas de derechos, especificidades de género, apropiación de derechos y dimensiones estructurales que institucionalizan las discriminaciones de género (Zúñiga 2010).

Acerca de las desigualdades de género, en México se promulgó en diciembre del 2006 -tras 40 años de agenda feminista y femenina-, la Ley General para la igualdad de hombres y mujeres, como una nueva fase jurídica nacional para combatir la discriminación

de las mujeres. Esta ley se basa en pautas jurídicas de igualdad, no discriminación y equidad, componentes discursivos potencialmente transformadores en la búsqueda de la ciudadanía plena de las mujeres (Maier 2007). La incorporación tan reciente de esta ley revela que la relación entre las mujeres y la ciudadanía en el país es muy reciente, y los mecanismos de subordinación (Castro-Vásquez 2011), han llevado a un reconocimiento “parcial” que se mueve entre la identificación de derechos merecidos y una débil consciencia del derecho a tenerlos y autorizarse para ejercerlos (Vargas 1997).

Además, cuando se habla de igualdad, se hace en relación a la posición central de igualar una variable relacionada con algún ámbito en particular, en lo social refiere a derechos y responsabilidades compartidas por todos y todas, como un rasgo común. Pero esa igualdad como idea abstracta, carece de fuerza si no se identifican los elementos que perpetúan las desigualdades sociales, en los grupos con menores oportunidades y recursos en función de su clase social, género, etnicidad u otras variables (Denman y cols 2007).

En el ámbito de la salud, desigualdad refiere a la distribución diferencial en salud, discapacidad, enfermedad y muerte, tanto entre grupos sociales, como al interior de cada grupo. Así mismo, recordar que tal como se ha venido sosteniendo por instancias internacionales, la desigualdad de género está presente a pesar del tamaño de una economía y de las mejoras en niveles de pobreza y en logros educativos (ONU 2007).

Complejizar las desigualdades y la discriminación de género tensa el discurso formal de igualdad y diferencias, porque la igualdad de derechos es condición necesaria pero no suficiente para lograr la equidad de género, entendida como un puente conceptual entre igualdad y discriminación que visibiliza el significado de las diferencias en la

producción y reproducción de la subordinación femenina bajo premisas éticas. El concepto de equidad, introduce la dimensión de justicia social y de diferencias.

Mientras que inequidad es un término más acotado que desigualdad, tiene una fuerte connotación moral, pues se relaciona con cuestiones de justicia social e imparcialidad (Sen 2002), y se entiende como el acceso diferencial a los recursos, entre ellos los relacionados con la salud. Parte de reconocer que hay una injusta distribución de los recursos en salud y por lo tanto de los beneficios.

La noción de equidad de género en salud, de acuerdo a la OMS se reserva para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead 1991). No obstante, con este concepto se corre el riesgo de juzgar a la hora de seleccionar quienes deben ser beneficiados en las políticas públicas, de ahí que la búsqueda de equidad pueda condicionar desigualdades.

En el caso de la EC de mujeres, las investigaciones muestran que es una de las enfermedades que más evidencia las desigualdades en salud y los sesgos de género en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero y cols 2007, Tajer 2009, Velasco 2010) y devela en el país, la impostergable necesidad de visualizar las particularidades de género en la EC de mujeres, de manera que sustenten la promoción y la prevención de este problema de salud y aporten a la búsqueda de la equidad de género en salud. Más aun, la investigación sobre la EC de mujeres puede contribuir a generar innovaciones de género en salud (Schiebinger 2015), al enfatizar que hay necesidades diferenciadas no sólo por género, sino por condición social, pertenencia a grupos vulnerables etc.

Dado que en el campo médico, se reproduce la subordinación de las mujeres al

discurso científico hegemónico, no se fomenta la toma de decisiones y las mujeres permanecen en una condición de ciudadanía “tutelada” (Herrera 2010), el concepto de ciudadanía posibilita realizar investigación sociológica (Castro-Vázquez 2008, Castro-Vázquez y cols 2011) sobre la distancia que media entre la normatividad en derechos (el deber ser), las posibilidades de que éstos sean apropiados y sus posibilidades de ejercicio (Comes y Stolkiner 2006). Salto cualitativo particularmente importante, cuando se trata de construir al “objeto de estudio desde la perspectiva de los derechos en salud” (Castro 2010, 56).

En este trabajo se reconoce el papel de las intersubjetividades en la construcción no solo de la percepción de riesgo y de las vivencias de la EC, sino más ampliamente, su papel en la construcción de ciudadanía en salud de las mujeres, pues en el campo médico, se termina

“... responsabilizando al individuo del mal que padece, cuando en rigor, no está en sus manos controlar la mayoría de los factores que determinan su problema. La educación para la salud muchas veces se fundamenta en la ilusión de que una vez que el individuo conozca el problema y las maneras de prevenirlo, desaparecerá” (Herrera 2010, 86).

Además, en el orden médico, “autoritario, jerárquico, normativo, masculino y paternalista” se refuerza la visión de las mujeres como “... sujetos tutelados y no como ciudadanas” (Ibíd., 76) con derechos en salud. Siendo que el proceso de construcción de ciudadanía está mediado por la apropiación de derechos, que se construye en el entramado social y cultural de la cotidianeidad, y que pasa tanto por el plano personal –“sentir que se tiene derecho a tener derechos” (Arendt 1998)-, como por el reconocimiento de los “otros” significativos, y por las posibilidades de ejercicio de derechos, que refieren a recursos y a

poder (Petchesky y Judd 2006).

Dicho de otra manera, en salud se complejiza aún más el concepto de ciudadanía, por el carácter normativo y de control social de la medicina, por lo que es necesario utilizar nuevos modelos interpretativos y presupuestos teóricos (Castro y Riquer 2003), que hagan visibles a las mujeres y a las particularidades de género de la EC de mujeres.

De hecho la tardanza en reconocer “... los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular” (Sen y cols 2005, 12), conforma otro sesgo de género en la atención y un limitante estructural en la construcción de ciudadanía en salud.

El proyecto adscribe a la conceptualización de sesgo de género, trabajada por Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004):

“... el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres –en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos- el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro” (Ibíd., 119).

Por lo que se considera que hacer visible lo invisible, tiene sentido y significado cuando se problematiza la “realidad”, el sistema de obviedades, para evidenciar que el orden de las cosas, está produciendo y reproduciendo sesgos de género en la atención de la EC, y que éstos constituyen procesos que trasgreden los derechos de las mujeres a gozar del máximo posible de salud y de contar con información asequible, oportuna, clara y completa sobre la principal causa de muerte en ellas, la EC.

Siendo una enfermedad que no era visualizada como ligada al género, se invisibilizó a las mujeres durante su construcción inicial, lo que persiste hasta el momento de acuerdo a los resultados obtenidos. Esto hace que se conozca poco acerca de la(s) manera(s) en que

ellas comprenden al corazón y sus enfermedades.

El corazón y sus significados

Desde la dimensión socio-cultural, el corazón ocupa un lugar importante en el imaginario social, que se basa incluso en los descubrimientos pioneros sobre el órgano, algunas de las cuales aun persisten en la medicina y la cultura moderna. Si la visión del corazón parte de la representación mecanicista, surgida de los aportes pioneros de William Harvey (1578-1657), el corazón es una bomba de presión y fuerza, que genera electricidad y tiene un sistema de plomería para “distribuir” la sangre. Dentro de estas construcciones sociales e imaginarios, al corazón-órgano se le equipara a una máquina de poder que sustenta al hombre, al que le da su fuerza, ambición y éxito, y que se acomoda en el perfil del “hombre de negocios”. Rosenman y Friedman⁵, en los 50’s lo clasificaron como de personalidad tipo A, perfil que también es el candidato “oficial” de la cardiopatía isquémica, cuyo cuerpo “de trabajo”, puede quebrarse, pero también puede recuperarse, reparando y hasta reemplazando a ese corazón (Emslie y cols 2001), mediante los avances de la biomedicina, cuyos profesionales pondrán en práctica sus mayores esfuerzos terapéuticos para que ese cuerpo se reintegre a su vida cotidiana y de trabajo.

El “poder cardiaco”, sigue estando presente en el imaginario médico, como una

⁵ Los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Roseman en 1957 clasificaron a los individuos en personalidad tipo A y B, donde la A tiene una estrecha correlación con la cardiopatía isquémica, de acuerdo a numerosos estudios posteriores que lo afirmaban. La personalidad tipo A describe a tipos (varones) impulsivos, ambiciosos y muy competitivos. Si bien actualmente esta clasificación es polémica, continúa siendo un referente en el tema. Recientemente se ha agregado a la clasificación la personalidad tipo D, que se supone tiene mayor riesgo coronario al sumarse a las características mencionadas, ira y hostilidad crónicas.

máquina mecánica, una bomba con principios hidrodinámicos que genera tanto flujo como presión para regular la circulación sanguínea (Herrera y cols 2006, Bustamante y Valvueda 2008).

Un poco antes de los estudios de Rosenman y Friedman, a fines de los años 40 inició un amplio proyecto conocido como Framingham Heart Study en los EEUU, el cual si bien incluyó hombres y mujeres (5,209 hombres y mujeres de entre 30 y 62 años) en las observaciones a largo plazo, inicialmente la investigación sobre los factores de riesgo cardiovascular se centró en la conducta masculina. Incluso se consideró que pertenecer al sexo masculino, era un factor de riesgo no modificable.

El énfasis biológico que se ha hecho en las causas y efectos de las enfermedades del corazón, excluye otras concepciones, incluyendo las que lo ligan al amor y a la emociones, a la debilidad y al cansancio. Siendo que estas concepciones del corazón, son las que predominan en la sociedad e intervienen en la comprensión de la EC.

La construcción de ese imaginario sociocultural del corazón ligado a las emociones, tiene origen socio-histórico y religioso, para Lepraz el corazón es “el foco de las emociones” (Ibíd., 42), que no se reduce sólo a sensibilidad corporal, espiritual o inteligencia, sino también tiene que ver con el coraje, los deseos, la cólera, y encuentra su máxima expresión en el par amor/odio (Ibíd.). Emociones que el corazón expresa resonando en latidos des-acompasados.

Baeza (2001) dice que el corazón es el principal centro (anajata) de energías materiales y espirituales en la tradición hindú, y también que es saltador, porque emocionado responde a las turbaciones suscitadas en el cuerpo por las emociones,

brincando, saltando, palpitando con fuerza en el pecho. Además es abarcador porque contiene y une, a una misma y “a otros, dentro de nosotros” (Ibíd., 61), se abre a la alegría y se deshace en la tristeza. Aunque hay dureza en aquellos corazones que no responden ante el sufrimiento (Ibíd.), también es frágil, puede romperse ante las pérdidas, el dolor y... la enfermedad cardíaca. En México hay una rica tradición sobre el corazón con múltiples visiones, desde el sacrificio religioso hasta las creencias amorosas (Ibíd.).

Aunque la validación de la relación entre las emociones y la EC sufre el descrédito de la mirada biomédica, pues lo liga al subjetivismo, romanticismo e irracionalismo (Lepraz 2012), identificar la experiencia de las mujeres ante la EC, sus vivencias y emociones, es una base para comprender que:

“... bien entendido el corazón –Husser lo anotaba rápidamente en 1911, en los Grundprobleme der Phänomenologie— no es de ningún modo reductible al órgano que juega el rol de una bomba casi mecánica, que activa la circulación de la sangre y la conduce al cerebro: “La alegría y la tristeza no están en el corazón como la sangre está en el corazón; las sensaciones táctiles no están en la piel como los fragmentos de su tejido orgánico”⁶. Esto equivaldría a naturalizar indebidamente al corazón, a exponerse a las duras críticas de reduccionismo organicista, y a eliminar la discontinuidad fenomenológica entre el nivel de la vivencia emocional y el nivel estrictamente orgánico” (Lepraz 2012, 66).

Con ello la autora dice que la vivencia emocional pervive en la organicidad del corazón, y que este no puede ser capturado y encerrado bajo una forma única de conceptualización. Comprenderlo de esta manera permite visualizar las maneras en que las

⁶ Cita: HuaXIII,no6,§3,p.115.

mujeres identifican, comprenden y viven la enfermedad cardíaca.

Aunado a esto hay que considerar que la EC trae consigo una pérdida de identidad y sentimientos de minusvalía, principalmente porque se trata de un proceso crónico en el que las mujeres-pacientes suelen estar limitadas para “comprender, decidir y construir conocimiento, ante uno de los mayores impactos sobre su identidad: dejar de ser sanas para pasar al grupo de enfermas” (Ledón 2011, 328). Esto se relaciona tanto con su concepción de la enfermedad cardíaca, como con su identidad y posición en tanto agentes en el campo médico, y con sus derechos en salud, particularmente con el derecho a la información.

Percepción de riesgo y estilos de vida

En este sentido, un concepto utilizado como guía de acercamiento al fenómeno de estudio es el de percepción de riesgo. Cabe señalar que en este proyecto y en consonancia con los estudios socio-antropológicos, se considera “riesgo”, como una construcción social, que sin negar la responsabilidad individual, recupera el papel primordial del entramado social y cultural (Menéndez 1998) en que transcurre el día a día individual y colectivo.

Almeida y cols (2009), definen tres supuestos epistemológicos sobre los que se descansa el concepto de riesgo en epidemiología: 1) la probabilidad de ocurrencia fundada en la cuantificación de eventos salud/enfermedad; 2) la homogeneidad en la naturaleza de la morbilidad y 3) el supuesto de recurrencia de eventos en serie, que permite hacer

predicciones (y generalizaciones) tanto para la población de estudio, como poblaciones equiparables. Sin embargo, una de:

“... las importantes críticas realizadas al enfoque cuantitativista de riesgo consiste en el hecho de instituir una entidad, que poseería una "existencia" autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas” (Almeida y cols 2009, 332).

Otra aclaración pertinente es, que se tiende a confundir riesgo y vulnerabilidad, y éstos son conceptos diferentes. Mientras riesgo en la biomedicina y particularmente en la epidemiología, asocia la probabilidad de enfermar con la exposición a una enfermedad.

El concepto vulnerabilidad en salud, remite a la potencialidad de enfermar de acuerdo a las situaciones contextuales entre y al interior de cada colectivo genérico. Como en este estudio se trata de recuperar el carácter contextual de las acciones, se desmarca de la concepción individualista y comportamental de riesgo. Reconociendo la existencia de distintos abordajes disciplinarios y teóricos acerca de la concepción de riesgo y vulnerabilidad (Nichiata y cols 2008).

En relación al concepto percepción de riesgo para la salud, parte de un amplio anclaje sociocultural, sustentado en sistemas de creencias, en experiencias pasadas, en la información científica y lega, así como en la transmisión de información de la familia u otros grupos (WHO 2002).

Sin dejar de reconocer su carácter polisémico y transdisciplinario, en esta investigación, se entiende que

“La percepción de riesgo es la interpretación de la información y de los conocimientos

que sustentan la idea básica de que se puede sufrir un daño por un problema de salud.

La concepción de riesgo tiene un amplio anclaje sociocultural, económico y de género, sustentándose en creencias, experiencias, e información científica y legal” (Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2015).

Habría que decir también, que si las explicaciones sobre quienes son “candidatos” a las EC están estructuradas por género y las mujeres son percibidas con menor riesgo en las experiencias inmediatas, tanto por la sociedad en general como desde la mirada biomédica, esto media en su percepción de riesgo y en la capacidad de acción para cambiar los “estilos de vida”, tal como se recomienda desde la biomedicina. Puesto que no se trata de capacidades de acción individuales, sino sociales, culturales y ante todo relacionales (PNUD 2003).

Y agregar que hay factores sociales, culturales y de género, que colocan a las mujeres en vulnerabilidad coronaria, entendida como la potencialidad de enfermar debido a condicionantes sociales e individuales que estructuran, tanto las formas en que las mujeres viven la enfermedad, como las maneras en que perciben el riesgo y llevan a cabo las prácticas de cuidados en salud.

Además los discursos sobre “riesgo” en la medicina científica, suelen vincularse a intereses normativos sobre lo que es el ser humano y como debe comportarse, de modo que llevan implícita la noción de responsabilidad y culpa (Castiel y Alvarez-Dardet 2010), en tanto sistemas de control y orden social. Esto arroja luz al momento de analizar cómo se emiten juicios de valor y se (auto)culpabiliza a las mujeres por sus acciones o inacciones en la EC.

Sobre todo en relación a las recomendaciones para cambiar sus estilos de vida, este concepto surgió desde la socio-antropología como un concepto articulador de dimensiones

macro y micro estructurales, holístico, ya que se refería a sujeto/grupo en colectividades, para observar cómo se expresa la cultura en estilos particulares. La epidemiología se apropia del concepto, elimina la perspectiva holística, colectiva, y se reduce a conductas individuales de riesgo que tienen que ver con la capacidad de elección del actor social (Menéndez 1998).

Es decir, se lleva al plano conductual e individual, como lo afirman desde la misma epidemiología Inhorne y Whittle (2001) y Krieger (2003). En este sentido, uno de los problemas centrales es que el estudio de nivel poblacional de la epidemiología, se lleve al plano personal, para recomendar ciertas conductas y/o hábitos individuales (Krieger 2003). Como comenta Haro

“... no es que la epidemiología convencional omita el abordaje de lo social y lo cultural... pero estas dimensiones son reducidas en sentido teórico y práctico hacia la caracterización y responsabilidad individual. Se olvida con frecuencia que cada población tiene su propia historia, cultura, organización y división social y política... lo cultural funciona en epidemiología como un elemento explicativo cuando no se encuentran asociaciones significativas entre factores de riesgo” (Haro 2011, 13).

Cambiar el estilo de vida es la principal medida propuesta como estrategia preventiva y de tratamiento de la EC, esto se constata a lo largo de las entrevistas a las mujeres y al personal médico que las atiende.

El problema es que si se acota el concepto a la esfera individual y conductual, se dejan fuera condiciones materiales de existencia. Bourdieu en *La distinción* (1979) señala que los estilos de vida se conforman por propiedades simbólicas enraizadas en la objetividad material y en la subjetividad de las representaciones que hacen los agentes

sociales de su posición, siendo éstas producto de *habitus* que a su vez encarnan las propiedades materiales y simbólicas y definen capitales, posiciones y distribuciones, lo cual delimita sistemas de distancias diferenciales identificadas como estilos de vida.

Para Bourdieu el estilo de vida es una de las principales manifestaciones simbólicas, pues de acuerdo a lógicas de pertenencia y exclusión, crea diferencias en los capitales legitimadas con base en la violencia simbólica, y transforma relaciones de fuerza en relaciones de significados, que si bien parecieran ser dispuestas naturalmente, existen sólo relacionamente en contraposición a otros.

Capítulo II. La importancia de la enfermedad coronaria de mujeres en México y en Sonora

En México, como en otros países, las enfermedades del corazón tienen un peso creciente en la carga de la enfermedad y en la mortalidad general, con alta relevancia epidemiológica y social. Los primeros reportes en el país sobre la tendencia al incremento de las enfermedades crónicas y de las enfermedades del corazón, surgieron en la última década del siglo XX (Lozano y cols 1990, Frank y cols 1991a).

En la misma década de los 90's, Ayanian y Epstein (1991) en los EEUU, reportaron diferencias en el manejo médico hospitalario de hombres y mujeres con EC, y señalaron que la enfermedad era más letal en las mujeres. En tanto que Healy (1991) evidenció que cuando las mujeres con EC llegaban a los servicios de salud, tenían que demostrar que podían padecer este tipo de enfermedades, y comportarse como hombres, para ser tratadas (como hombres) por el personal de salud, a lo que denominó síndrome de Yentl.

A raíz de estos reportes, se realizaron investigaciones en otros países confirmándose, no sólo que el personal de salud desarrollaba menos esfuerzos diagnósticos y terapéutico en mujeres que en hombres con EC, sino que había un notorio sub-registro de los primeros síntomas coronarios de las mujeres por parte del personal médico, que con frecuencia prescribía ansiolíticos a las mujeres, al atribuir sus cuadros a ansiedad (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004, Rohlf y cols 2004, Tajer 2005, Velasco 2010) Así mismo, se observaron sesgos de género y edad, en la prescripción de medicamentos utilizados para

la prevención secundaria de la enfermedad, que podían llevar al incremento de la mortalidad de este grupo poblacional (Williams y cols 2003).

Se hizo evidente que la ciencia médica no había generado conocimiento acerca del cuadro clínico, de los factores de riesgo cardiovascular y de los tratamientos idóneos para las mujeres con EC, lo que ha sido considerada una expresión de la mirada androcéntrica en la investigación científica biomédica (Ruiz-Cantero y Verbrugge 1997).

Sin embargo, como explicitan Gahagan y cols (2015), en la investigación se está reconociendo cada vez con mayor frecuencia, que para aspirar a una mejor ciencia es imprescindible atender a los conceptos de sexo y género en salud “... a través de un entendimiento argumentativo de cómo estos factores impactan en las inequidades en salud y se relacionan con los resultados en salud” (Ibíd., 1)⁷ Reconocer estos constructos, llevan la intención de develar a las sujetas ocultas en la investigación sobre EC.

En este sub-apartado presentamos datos epidemiológicos y sociodemográficos de la población femenina y la EC. Describimos la composición de la población en México de 1950 a 2010, desagregada por sexo; el patrón epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); y sus repercusiones sociales.

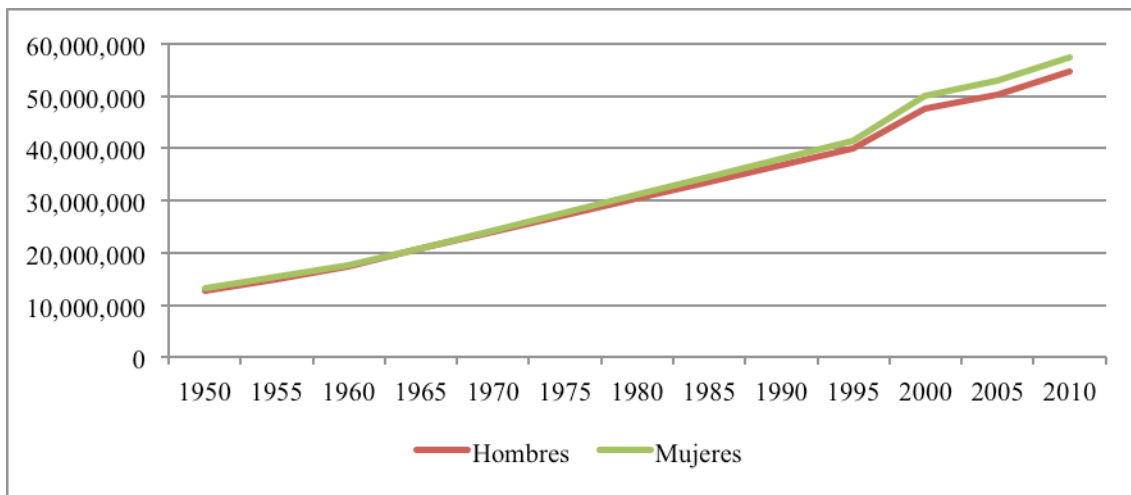
Nos interesa también describir algunos aspectos del marco legal y normativo relacionado con la prevención y atención de la EC, circunscrito al sector salud. Debemos reconocer que la problemática de las enfermedades crónicas y en particular la EC, así como las intervenciones en la salud poblacional, refiere también a otros sectores sociales, económicos y políticos. El capítulo finaliza con algunos datos relacionados con Hermosillo, Sonora y la ubicación contextual de los lugares seleccionados para el trabajo de campo.

⁷ Traducción de la autora.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, en el contexto de la transición epidemiológica

De acuerdo a datos censales de los últimos 60 años, en México es mayor el número de mujeres que de hombres, pero esta diferencia es más marcada, a partir de la década de los 90, como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1. México. Población según sexo 1950 a 2010



Fuente elaboración propia, a partir de los Censos de Población y Vivienda, 1950-1970, 1990, 2000 y 2010. Censos de Población y Vivienda, 1995 y 2005. INEGI (Fecha de actualización 03 de marzo de 2011).

Este comportamiento poblacional tiene varias explicaciones, algunas recaen en el ámbito de lo biológico, otras son sociales, culturales, económicas y políticas. De acuerdo al documento Mujeres y Hombres (INEGI 2013b), en México nacen más hombres que mujeres, pero ellos mueren en mayor proporción durante la infancia, sobre todo en el primer año de vida. En el grupo de jóvenes (15-29 años), la mortalidad masculina es el

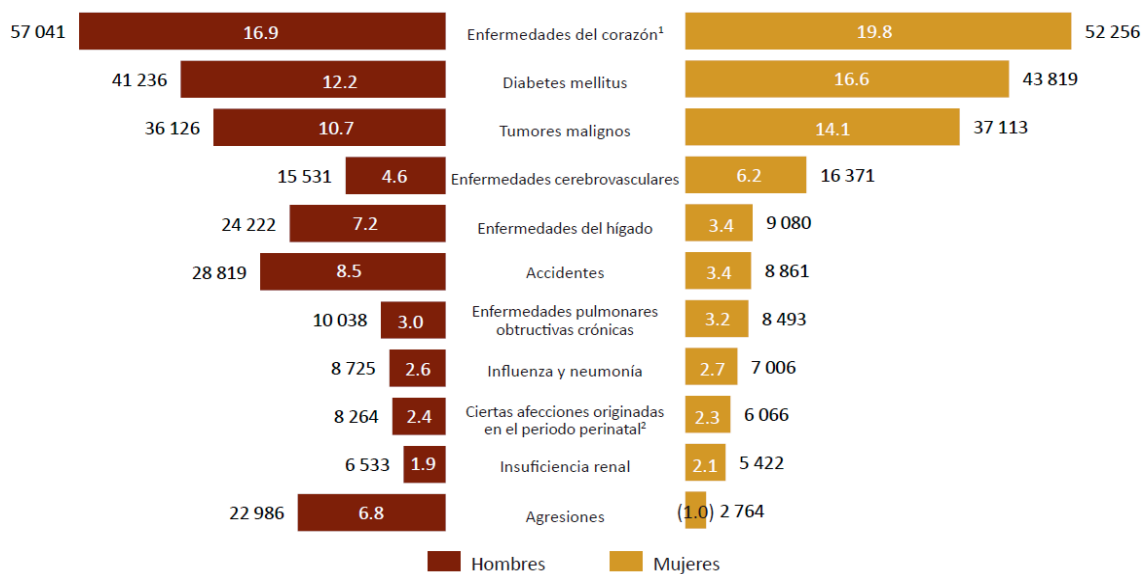
triple que la femenina, sobre todo por accidentes de tránsito, agresiones y lesiones.

Cabe señalar que la cardiopatía isquémica tiene un peso importante en la sobremortalidad masculina, en los grupos de edad de 30 a 50 años (Escobedo y cols 2010, SSA. ISSEA 2012). Pero alrededor de la menopausia y particularmente después de los 65 años, se incrementa notoriamente la mortalidad por esta causa en la población femenina (INEGI 2012).

Otros fenómenos que se relacionan con la estructura de la población, son los patrones de migración, los cambios sociodemográficos como la caída en la tasa de fecundidad, y el aumento en la esperanza de vida, que es ligeramente más alta en mujeres.

Al observar las principales causas de mortalidad general en el país, se aprecia tanto la mortalidad diferencial por sexo, como la presencia de las ECNT entre las primeras causas de muerte (gráfico 2).

Gráfico 2. Defunciones registradas por principales causas de mortalidad según sexo (en absoluto y como proporción total de defunciones por sexo. 2012



Fuente: Tomado de INEGI. Defunciones registradas por principales causas de mortalidad según sexo, 2012 (en absolutos y como proporción total de defunciones por sexo) (INEGI 2013b, 23).

Algunas de las ECNT están relacionadas entre sí (comorbilidad), como las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares. Se aprecia que las mujeres están muriendo más que los hombres por EC, y se estima que esta diferencia puede incrementarse en los próximos años.

El incremento de las ECNT es visto como una epidemia mundial que había sido pasada por alto, al considerar que estas enfermedades eran de largo plazo, restándoles importancia ante otras necesidades en salud (OMS 2009a), a pesar de que en los países de ingresos bajos y medios “... los hombres y las mujeres sufren de enfermedades crónicas y por esa razón viven mucho menos que las poblaciones de los países de ingresos altos” (OMS 2008, 5).

Este incremento se atribuye principalmente, a cambios sociodemográficos y epidemiológicos relacionados, entre otros factores, con el aumento en la tasa de envejecimiento y el incremento en la esperanza de vida; el desplazamiento de la población del medio rural al urbano; y los cambios en los estilos de vida asociados a la modernidad (Frenk y cols 1991b, Lozano y cols 1990, Lozano y cols 2013, Lozano 2013).

Las ECNT incluyen una serie de enfermedades que tienen en común el comportamiento crónico, y que suelen permanecer largo tiempo sin manifestaciones clínicas (período de latencia y etapa subclínica). Esta denominación abarca las “... cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición... (que) cobran 35 millones de vidas al año y, en conjunto, son la principal causa de mortalidad en todo el mundo” (OMS 2008, 8).

Los cambios en la salud mundial son complejos, y en México imponen grandes desafíos, considerando que socio-históricamente, la desigualdad social es un problema

macroestructural de siglos, como lo asentó Humboldt en 1811 (citado por Narro y cols 2013), y que se expresa en pobreza, marginación, exclusión, vulnerabilidad y pérdida de la cohesión social (Narro y cols 2013, López-Arellano 2004).

En el país este panorama constituye un reto importante, ya que por sí mismas, las ECNT “... llevan a la gente a la pobreza y crean una espiral descendente de aumento de la pobreza y de la enfermedad... (y) además, socavan el desarrollo económico en muchos países...” (OMS 2008, 8). En el caso de México, ante la persistencia de inequidades en salud, y las marcadas diferencias “... en el nivel de salud entre estados, localidades y grupos poblacionales...” (Funsalud 2006, 22), suponen una carga social, económica y política considerable, que compromete los derechos ciudadanos en salud.

Aunque los derechos sociales en México son constitucionales, las condiciones de posibilidad del ejercicio a la salud no está plenamente garantizadas, sobre todo para los sectores más desprotegidos. Es cierto que hay avances, como lo destaca Funsalud (2012), pero no están cubiertas todas las necesidades de la población, pues “... según el Coneval, 41% de la población nacional no tiene acceso efectivo a los servicios de salud y 65% no cuenta con cobertura de seguridad social” (Narro y cols 2013, 19).

Contextualmente, los cambios epidemiológicos imponen cargas considerables, a nivel individual, familiar e institucional. En los sectores más desprotegidos, donde es más alto el gasto de bolsillo en salud, compite con otros satisfactores básicos, lo que se conoce como gasto catastrófico en salud (Funsalud 2012). Mientras que entre los sectores considerados no pobres, las necesidades en salud se cubren a través de distintos esquemas: privado, público y/o por gasto de bolsillo. A nivel gubernamental, las necesidades rebasan la capacidad instalada del sector público (Ibíd.).

Bajo esta problemática, compartida en diversas modalidades por otros países del

mundo, Frenk y cols en los 90's, retomaron la teoría de la transición epidemiológica, propuesta inicialmente por Omran en 1971, para el acercamiento teórico y conceptual a la complejidad ya que:

“...los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, socioeconómica, tecnológica, política, cultural y biológica... que suelen identificarse con la "modernización" (y) tienen una doble cara: algunos ayudan a reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y de los problemas derivados de la reproducción; otros generan aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones no intencionales” (Frenk y cols 1991b, 450-457).

A este comportamiento lo llamaron “modelo prolongado y polarizado de la transición”, por el traslape de enfermedades transmisibles (infecciosas) y no transmisibles (crónicas), lesiones y agresiones, así como de enfermedades emergentes (HIV Sida) y reemergentes (sífilis). Tendencias que se observan en diversos países, y al interior de cada país.

En México se aprecia al comparar patrones epidemiológicos entre los estados que conforman la federación, pues mientras en las regiones con mayor marginación (principalmente del sureste del país) aún permanecen elevadas las enfermedades infecciosas; en los estados de la zona norte predominan las ECNT (SINAIS 2012, Funsalud 2006).

Es decir, en el país se observan contradicciones que obedecen también a que el proceso de desarrollo nacional siguiendo las políticas neoliberales, es “... frágil, desigual y segmentado” (López y cols 2001, 13), lo que repercute negativamente sobre los condicionantes (determinantes) sociales de la salud (Ibíd.).

En relación al incremento de la morbilidad y mortalidad por EC, es otro reto para las personas, el sistema de salud y el país. De acuerdo a la OMS (2009b), la enfermedad cardiovascular impone "... una carga económica considerable para los países de ingresos bajos y medianos" (Ibíd., 3), pues compite con otras enfermedades, a pesar de que:

"Una proporción significativa de esta morbilidad y mortalidad podría prevenirse mediante estrategias poblacionales y haciendo que las intervenciones costo-efectivas sean accesibles y asequibles, tanto para las personas que ya las sufren como para quienes tienen un riesgo elevado de padecerlas" (Ibíd., 2).

Bajo estas circunstancias, hay que tomar en cuenta las observaciones de López-Arellano (2004), en relación a la "paradoja socio sanitaria", que supone la implementación de políticas neoliberales en situaciones de vulnerabilidad estructural, dado que: mercantilizan la salud; contribuyen al deterioro de la infraestructura pública; la salud se maneja bajo criterios gerenciales de eficiencia y eficacia, que encarecen la atención e incrementan la exclusión; y se polariza aun más el acceso a los servicios de salud, mediante políticas focalizadas de "paquetes en salud", para los sectores sociales más desprotegidos (Ibíd.).

Es decir, la teoría de la transición epidemiológica (y en salud), tiene limitaciones como modelo para la generación de políticas públicas, pues las explicaciones sobre el comportamiento epidemiológico, son aproximativas y parciales, refieren a ciertos períodos, con una visión de flujo lineal. Pero los procesos de s/e/a son cambiantes en cada sociedad y en cada momento histórico, lo que debe tomarse en consideración para formular las políticas sociales y las reformas estructurales en salud (Martínez y Leal 2003). Así mismo, se observa que estos modelos no dan cuenta cabal de "... las inequidades en salud y del

papel de los determinantes sociales... ”, pero se utilizan para legitimar “... las reformas sanitarias impuestas por los organismos internacionales a los países no industrializados” (Gómez 2001, 1).

Morbilidad diferencial ¿Qué importancia tiene la EC de mujeres?

Este tipo de cuestionamientos a las reformas en salud, quitan la ingenuidad sobre la manera en que se relacionan la investigación en salud y la generación de políticas sociales. Pero también contribuyen a visualizar que, aunado a los cambios epidemiológicos, las personas enfrentan la vida bajo otras condiciones sociales y económicas. En el caso de las mujeres, se ha reportado que si bien tienen más esperanza de vida que los hombres, también tienen más años vividos con discapacidad. Es decir, el hecho de que las mujeres vivan más años que los hombres, no implica necesariamente que lo hagan con buena calidad de vida o saludables (Lozano y cols 2013).

En el caso particular de la EC, hay influencias sociales y contextuales que conforman el riesgo y la manera en que las mujeres viven la enfermedad, considerando que por razones de género, la mayoría de las mujeres están colocadas en status sociales y económicos de menor jerarquía, con limitaciones para participar en el desarrollo económico, modificar su entorno, y tomar acciones en salud. Estas situaciones contextuales son condicionantes estructurales, que se tornan más determinantes para las mujeres en pobreza o que pertenecen a grupos minoritarios. Así las experiencias de vida “... son más

estresantes... (las) condiciones de vida menos favorables y (ellas tienen) menos oportunidades positivas para modificar conductas y resultados en salud⁸ (Fleury y cols 2000, 967).

Otro asunto se relaciona con el estudio de la salud y la enfermedad, a partir del modelo “multicausal” y su metáfora el “web de la causalidad”. Krieger (1994) señala que este es el canon moderno de la epidemiología, para explicar la salud enfermedad como una compleja red –similar a la red de una araña-, de numerosos e interconectados factores de riesgo y protección. Y que además, ha permitido a la epidemiología adquirir poder, a través de mejorar la salud pública y predecir lo que pasa al romperse las redes de interconexión, pero que este modelo tiene debilidades teóricas.

Ella propuso la utilización de un marco más amplio, al que denominó *eco social*, en el que integró otras dimensiones y variables al estudio de la salud/enfermedad, cuestionó que en los EEUU no se había tomado en cuenta la clase social, como se hacía con la categoría de raza, y que esto contrastaba con la extensa producción acerca de “... métodos epidemiológicos, susceptibilidad genética, y factores de riesgo en los estilos de vida” (Ibíd., 898). El modelo también supone superar el individualismo biomédico en el estudio de los estilos de vida e integrar a la investigación conceptos imprescindibles, entre los que mencionó aparte de la clase social, grupo social, raza y edad. Y exhortó a evitar la confusión en los estudios epidemiológicos, entre los conceptos sexo y género, al cuestionar cómo se observan las diferencias de género en salud, argumentando que a menudo estas observaciones pueden ser sexistas (Ibíd.) y no aportan a la resolución de las desigualdades de género.

⁸ Traducción de la autora.

Mientras que Diez (2003, 569) considera que el “paradigma” de la epidemiología es el estudio de los factores de riesgo cardiovascular, a los que dedican extensas y exhaustivas investigaciones, pero que el problema del enfoque epidemiológico llevado de la salud poblacional a las recomendaciones individuales es la individualización de los riesgos y la descontextualización de las personas, al centrar las estrategias en la educación para cambiar hábitos y en la detección temprana de la EC.

Cabe señalar que nuestra investigación asume la construcción sociocultural de las enfermedades y apuesta a la recuperación de las voces de los actores y actoras significativos/as en salud, en la búsqueda de un diálogo integrativo entre la epidemiología y las ciencias sociales, como se ha propuesto desde la epidemiología sociocultural (Haro 2011).

Para Cortes-Bergoderi y cols (2012), los factores de riesgo cardiovascular incluyen “... la obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y el tabaquismo” (Ibíd., 131). Mientras que la investigación multicéntrica Interheart de América Latina (incluye 7 países, entre ellos México) categoriza los riesgos atribuibles a la población en 3 grupos dependiendo de su impacto poblacional: los de alto impacto incluyen, obesidad abdominal, lípidos anormales en sangre y tabaquismo; los de impacto moderado, hipertensión, diabetes mellitus, estrés y falta de ejercicio regular; y los de bajo impacto, alcohol, depresión y el consumo de frutas y verduras (Lanas y cols 2007). Se observa que los autores incluyen factores psicosociales de riesgo, aunque acotan que son:

“... difíciles de definir objetivamente... (pero que) juntos o separados pueden ejercer efectos a través de la vida... (ya que) individuos sufriendo estrés permanente o durante algunos períodos de estrés a lo largo de su vida -identificados con simples

interrogaciones- tienen un riesgo incrementado de infarto agudo al miocardio”⁹ (Lanas y cols 2007, 1072).

Así mismo, reconocen que hay limitaciones en “el conocimiento sobre el impacto de la enfermedad coronaria en América Latina” (Ibíd., 1067). En su estudio se observa que la diferencia de edad entre hombres y mujeres con infarto agudo al miocardio era de 5,4 años. Aunque no lo explicitan, este dato muestra un acercamiento en la edad de aparición de la EC entre hombres y mujeres, si se compara con reportes previos que marcaban la diferencia en 10 años (Reyes 2010). Este dato se tomó en cuenta para los criterios de selección de las mujeres a entrevistar durante el trabajo de campo. Pues la información previa marcaba como edad principal de inicio de la enfermedad en mujeres, los 65 años.

Mientras que Lozano y cols han estudiado la carga de la enfermedad en México, comparando los resultados en dos momentos -1990 y 2013-, a través del indicador “años de vida saludable” (AVISA)¹⁰ muestran que la carga de la enfermedad atribuible a factores de riesgo en las mujeres, se relaciona principalmente con “... el sobrepeso, la obesidad, la glucosa elevada, la hipertensión arterial, la baja actividad física y el consumo de alcohol y tabaco... [responsables del 40% de la carga de los AVISA perdidos]” (Lozano y cols 2013, 584).

Cabe señalar que en fechas recientes, Jørgensen y cols (2014) en Dinamarca, reportaron resultados de una investigación sobre los efectos de los estilos de vida en la incidencia de enfermedad isquémica cardíaca. Se trata de un estudio poblacional de casos y controles, con intervenciones en varios de los factores de riesgo cardiovascular y

⁹ Traducción de la autora.

¹⁰ El indicador AVISA se construye integrando los años de vida perdidos por muerte prematura, con los años de vida asociados a la vida con discapacidad.

seguimiento a 10 años, incluyó 59 616 gentes con diferente sexo y edad.

Este grupo de investigación reportó al momento del corte final, que no encontraron diferencias significativas en la incidencia de EC, entre el grupo control y el de intervención. Concluyen que los programas de detección de riesgo para EC y las intervenciones repetidas en los estilos de vida, permanecen como herramientas políticas para combatir la carga de la EC y de las ECNT, pero que no son exitosas en tanto no se resuelvan las inequidades en salud, pues la gente menos beneficiada de este tipo de políticas es la que pertenece a las clases sociales más desprotegidas, y tiene menos capacidad para solventar estilos de vida saludables, basados en dietas ricas en frutas y verduras, hacer ejercicio físico periódicamente, evitar el tabaco, etc. Y que no pueden seguir recomendándose como programas resolutivos para la población, los chequeos sistemáticos de salud, seguidos de consejos para cambiar estilos de vida, siendo que lo importante es posibilitar que la población lleve a cabo esas prácticas saludables diariamente.

Este estudio es relevante en contextos como el nuestro, donde los esfuerzos se centran en la detección de factores de riesgo y se enfatiza la necesidad de cambiar los estilos de vida, pero sin resolver desigualdades sociales y de infraestructura y se tiende a responsabilizar a la población en general y femenina en particular por enfermar y morir de EC.

En este contexto y como este proyecto parte de una perspectiva sociocultural de la EC, a continuación se exponen algunos puntos relevantes, sobre el marco legal y normativo que sustenta las acciones gubernamentales en la prevención y tratamiento de las ENCT.

En el cuadro 1 se observan normas oficiales vinculadas con la EC.

Cuadro 1. Normas oficiales mexicanas vinculadas con la prevención y control de la EC

Norma	Asunto	Fecha de publicación
NOM-174-SSA1-1997	Manejo integral de la obesidad	12 de abril de 2000
NOM-015-SSA1-1997	Prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria	8 de diciembre de 1994
NOM-017-SSA1-1997	Vigilancia epidemiológica	11 de octubre de 1999
NOM-030-SSA1-1997	Prevención, tratamiento y control de la hipertensión	17 de enero de 2001
NOM-037-SSA1-1997	Prevención, tratamiento y control de las dislipidemias	21 de julio de 2003
NOM-043-SSA1-1997	Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria	23 de enero de 2006

Fuente SSA 2008. Modificado de Reyes (2013, 38).

Éstas incluyen acciones en materia de prevención, manejo y control de factores de riesgo (obesidad y dislipidemias); enfermedades ligadas a la EC (hipertensión y diabetes); secuelas (discapacidad) y alimentarias. Aunque como destaca Reyes (2013, 38) en esta normatividad “no se aprecia que de forma explícita se enfoque la modificación de factores estructurales (por ejemplo determinantes sociales, regulación del mercado, políticas de incentivos fiscales, entre otras)”, aspectos tan importantes, de acuerdo al estudio de Jørgensen y cols (2014), para realmente tener impacto en la prevención de la EC.

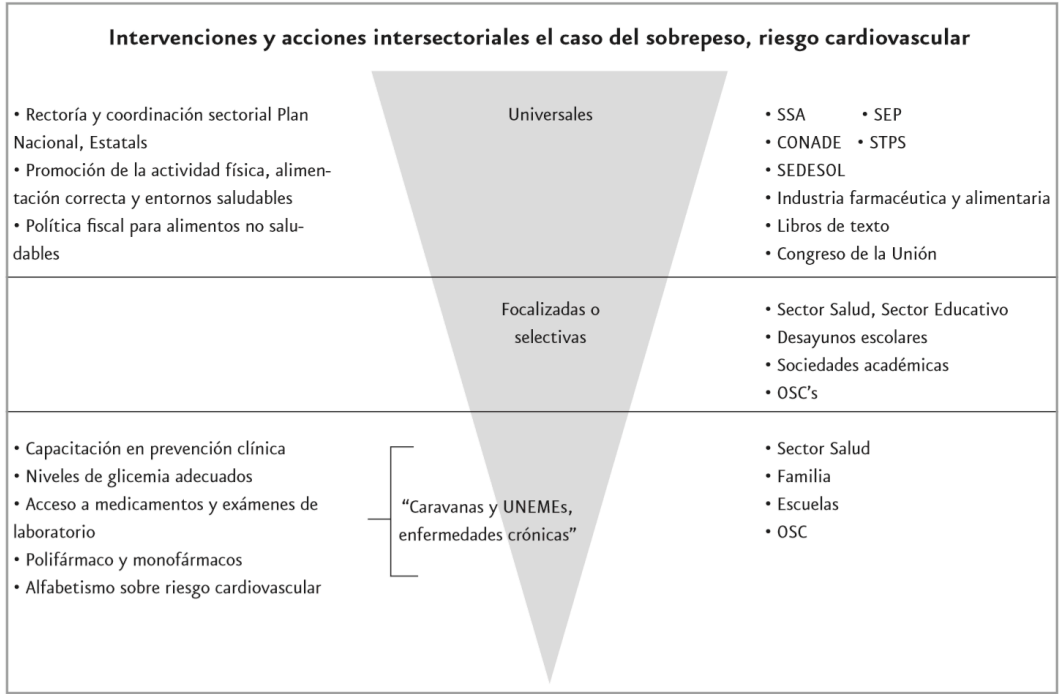


Figura 1. Intervenciones y acciones intersectoriales, el caso del sobrepeso, riesgo cardiovascular

Fuente: Tomado de SSA. Programa de acción específico 2007-2012. 2007. Riesgo cardiovascular.

En la figura 1 se observa que la Secretaría de Salud publicó un plan de acción para riesgo cardiovascular, a implementarse del 2007 al 2012, con acciones específicas para diversos niveles gubernamentales (SSA Plan de acción riesgo cardiovascular 2007), en el que involucra diversos sectores e instituciones, aunque no disponemos de información acerca de su implementación y resultados.

El contexto local. Las mujeres en Hermosillo, Sonora

En Sonora no hay estudios con perspectiva de género y derechos sobre la EC, y si

bien esta enfermedad empieza a ser relevante para los medios de comunicación, generalmente no hay una desagregación por sexo de resultados publicados. Por ejemplo, en noviembre de 2014, el periódico de mayor circulación del estado, en su versión digital, hizo un sondeo preguntando a sus lectores/as si sabían cómo prevenir la enfermedad cardiovascular. Del total de votos obtenidos (368), el 66.3% (244 votos) dan una respuesta negativa. El periódico no especificó el sexo de quienes decidieron participar en el sondeo; y aunque este resultado no tiene validez científica, es un dato que podría tomarse como una referencia en el proyecto, con todo y sus limitaciones (El Imparcial, 30 de julio de 2014).

En cuanto a datos estadísticos, el patrón epidemiológico en Sonora, muestra la relevancia de las enfermedades crónicas y particularmente de la EC como causa principal de muerte en mujeres y hombres (17.7% y 17.5%, respectivamente) (INEGI 2012).

La población total de Sonora de acuerdo a datos censales de 2010, es de 2 662 480 personas, y es el décimo octavo estado más poblado del país. Aunque es una entidad de jóvenes -la mitad de habitantes tiene menos de 26 años-, también transita hacia el proceso de envejecimiento poblacional, al disminuir la tasa de fecundidad e incrementarse la tasa de envejecimiento. La esperanza de vida en el estado es de 75 años, más alta en mujeres (77,9 años) que en hombres (72,1 años) y las ECNT constituyen las causas principales de muerte en el estado (Ibíd.)

Mientras que Hermosillo tiene una población total de 784 342 habitantes, de los cuales 391 645 son mujeres, la población está compuesta en mayor proporción por jóvenes, con una media de edad de 26 años. El municipio de Hermosillo es el más poblado del Estado de Sonora y concentra al 29,4% de su población total (Ayuntamiento de Hermosillo

2013).

En relación a las instituciones seleccionadas para el trabajo de campo de la investigación, todas están localizadas en la ciudad de Hermosillo. En el cuadro 2, se presentan algunas de sus características:

Cuadro 2. Características de las instituciones seleccionadas para la investigación

Instituciones	Universo de población	Características generales
Centro de Salud Lomas de Madrid. Forma parte de la red de servicios médicos de la Secretaría de Salud	Población abierta y/o afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). Área de influencia (colonias de clase media y media baja). Tipo de trabajo: hogar, obrero, desempleo.*	Centro de atención primaria de salud. Población en el área de influencia: 110 897 personas, 54 690 mujeres y 56 207 hombres (incluye 2 unidades)*
Hospital General del Estado “Ernesto Ramos Bours”. Red de unidades de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora	Población abierta a nivel estatal, zonal y personas afiliadas al Seguro Popular.	Hospital de especialidades, cobertura estatal, población abierta: 943 890 personas, de responsabilidad 624,300 y 854,249 afiliadas a Seguro Popular***
Centro Integral de Atención a la Salud (CIAS Sur) (ISSSTESON)	Población amparada: derechohabientes del sector público (gobierno del estado y ayuntamientos). Área de influencia (colonias de clase media y media)**	Clínica que forma parte de la red de unidades médicas de ISSSTESON. Población amparada: Mujeres 17, 689; Hombres 13, 576. Total 31, 265**
Universidad	Estudiantes de licenciatura y posgrados	Universidad de Sonora
El Colegio de Sonora (Colson)	Profesoras investigadoras y estudiantes de posgrado	Centro de investigación y formación docente en posgrado de ciencias sociales

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por:

*Centro de Salud Lomas de Madrid, encuesta a la población del área de influencia del Centro de Salud Lomas de Madrid y del Centro Urbano Primero Hermosillo en 2013.

** Datos proporcionados en la Clínica CIAS Sur.

*** Datos obtenidos en internet de la página Web (Secretaría de Salud del estado de Sonora)

En relación a la escolaridad de la población que acude a estos servicios de salud, en la tabla 1 es posible observar algunas diferencias.

Tabla 1. Características de la población que acude a ISSSTESON y al Centro de Salud Lomas de Madrid (SSA)

Escolaridad	ISSSTESON*	Centro de Salud Lomas de Madrid (SSA)**
Sin educación formal		1.78%
Secundaria y/o preparatoria trunca		46.8%
Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada	6%	22.61%
Normal de licenciatura	8.40%%	1.19%
Profesional	66.6.0%	1.19%
Maestría	14.60%	
Doctorado	4.40%	

Fuentes : *Datos obtenidos por Armando Haro para el Proyecto de investigación MIGSS, refiere a población amparada residente de la ciudad de Hermosillo.¹¹

**Datos proporcionados por personal del Centro de Salud Lomas de Madrid, derivados de una encuesta a la población del área de influencia del Centro de Salud Lomas de Madrid y del Centro Urbano Primero Hermosillo en 2013.¹²

Como se aprecia en la tabla (1), la población que acude a estos servicios de salud, tiene diferencias en relación a los grados de escolaridad, y servicio médicos utilizados. En general, mientras que la población que acude a las unidades médicas de la SSA tiene menos niveles de educación formal y vive en zonas populares, la población amparada por ISSSTESON, tiene más grados de escolaridad, vive en urbanizaciones de clase media y goza de seguridad social lo que significa trabajo formal ya sea de las mujeres encuestadas o de sus parejas.

De esta manera la muestra se diversificó intencionalmente, para dar entrada a la diversidad de experiencias en salud.

¹¹ Se agradece al Dr. Armando Haro Encinas, director del proyecto, por la autorización para utilizar los datos obtenidos en el proyecto MIGS, investigación evaluativa, consultoría y planeación conjunta, en convenio ISSSTESON y COLSON.

¹² Se agradece al Director y a la Jefa de Investigación del Centro de Salud por la autorización para utilizar estos datos. Cabe señalar que la encuesta se aplicó en los hogares por la mañana, principalmente a mujeres [80.90%]. Sin perder de vista este sesgo en la obtención de la información, consideramos que los datos son un acercamiento a la población objetivo de esta investigación, las mujeres.

Capítulo III. Metodología

Considerando que en el país se ha soslayado el estudio de la EC de mujeres desde la perspectiva de género y derechos, y que esto tiene como resultado que la información disponible sobre el tema sea muy escasa, la principal decisión metodológica del proyecto fue generar información que aportara a la mayor y precisa comprensión del fenómeno de estudio, a través de la complementariedad de métodos.

Para la articulación de métodos cualitativos y cuantitativos, se tomaron en cuenta reflexiones epistemológicas y éticas, así como diversas lecturas sobre la problemática que se enfrenta cuando se carece de anclaje teórico y conceptual, para acercarse a un fenómeno de salud poco estudiado desde la mirada sociocultural y médica (Castro 2011), como es el caso de la EC de mujeres. La decisión de realizar una investigación con complementariedad de métodos, partió de las siguientes aspiraciones:

- Obtener información y generar conocimiento sobre un fenómeno poco estudiado en el país con perspectiva de género y derechos;
- Generar información sobre la experiencia de diversas/os actoras/es sociales, ante un problema de salud que no se visualizaba como ligado al género;
- Tratar de comprender un fenómeno en el cual estamos implicadas como humanas, y comprometidas como mujeres investigadoras.

Cabe aclarar que el diseño de la investigación es predominantemente cualitativo, con complementariedad cuantitativa, aplicando secuencialmente cada herramienta

metodológica. Primero se ubicó contextualmente el problema de estudio con una encuesta exploratoria; en la segunda fase con base en temas nodales y los principales identificados en la encuesta, se elaboró la guía para las entrevistas en profundidad de mujeres con EC; en la tercera fase, se realizaron entrevistas semiestructuradas a personal médico, y la guía se elaboró con base en temas principales y los identificados en las fases anteriores, buscando complementar la información.

Se reitera que como en esta investigación se busca generar conocimiento acerca de las particularidades de género en la EC de mujeres, se considera que las “sujetas” de estudio son mujeres, pensadas en “plural” como lo propone Ruiz-Cantero (2006), a la vez se reconoce que “las mujeres” son un grupo heterogéneo.

Investigación cuantitativa de la EC de mujeres

El objetivo de la encuesta¹³ fue analizar la información y percepción que tienen las mujeres sobre la EC, sus prácticas de cuidados y su reconocimiento del derecho a la información en salud. Asimismo, se preguntó en el cuestionario sobre las principales enfermedades femeninas. Esta herramienta metodológica, constituye el estudio observacional de carácter transversal de la investigación. Se aplicó en septiembre de 2013, la base de datos se capturó en Excel y el análisis se hizo con el software SPSS¹⁴ y epidat versión 3.1.

¹³ Para la encuesta se tomaron como referencias la aplicada por Tajer y cols (2014³) y TNS Gallup (2010).

¹⁴ SPSS: Statistical Package for the Social Science.

Criterios de inclusión:

Mujeres mayores de 18 años de edad, dispuestas a colaborar en forma confidencial, gratuita y voluntaria. Esto se decidió con base en la edad en que las mujeres, por razones reproductivas, suelen iniciar el contacto con los servicios médicos, y considerando que esto podría marcar el inicio de la recepción de mensajes y recomendaciones médicas sobre prácticas de cuidados (biomédicos) en salud.

Usuaris de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora (SSA).

Mujeres derechohabientes (mujeres amparadas como prestación social laboral propia o de su cónyuge) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado de Sonora (ISSSTESON).

Profesoras-investigadores y estudiantes de posgrado de El Colegio de Sonora (COLSON).

Estudiantes universitarias de Universidad Pública (Universidad de Sonora).

Criterios de exclusión:

Mujeres menores de 18 años.

El tamaño de muestra se determinó con base en una población finita y conocida, con un 95% de confiabilidad y margen de error de 5%, para garantizar al menos un 10% de mujeres que no perciben riesgo coronario, estimándose en 140 mujeres (Murray y Stephens 2009). Para captar un rango más amplio de perspectivas, la muestra se diversificó con escolaridad y modalidad de protección en salud.

Este instrumento se aplicó en las áreas de espera del Centro de salud Lomas de Madrid (32 encuestas), Hospital General del Estado de Sonora (30), Clínica CIAS Sur (36) y lugares de reunión-esparcimiento de las instituciones universitarias (42). Fue autoaplicada, el tiempo promedio para contestar el cuestionario fue de 15 minutos, con acompañamiento de personal entrenado para resolver dudas.

Consta de 41 ítems, organizados en los siguientes apartados:

Datos generales

Información sobre la salud de las mujeres

Información sobre enfermedad coronaria

Percepción de riesgo en enfermedad coronaria

Estresores de género en la vida de las mujeres

Prácticas de cuidados

Prevención cardiovascular

El cuestionario contenía las variables siguientes:

- Información de las mujeres sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC y su propio riesgo coronario.
- Percepción de las mujeres acerca de: principal problema de salud y causa de muerte en población femenina; sexo que identifican como quien padece EC; riesgo de padecer la enfermedad; a qué atribuyen el dolor de pecho; edad en que se incrementa el riesgo coronario, adscripción a la frase “no creo que yo esté en riesgo

de padecer EC”.

- Identificación de enfermedades cardíacas; malestares de la EC; si saben que las mujeres también padecen EC.
- Vulnerabilidad de las mujeres, centrada en la percepción de las participantes sobre la relación entre infarto cardíaco y estrés; nivel de estrés y sus causas en la vida de las mujeres; distribución de labores domésticas; áreas de satisfacción en la vida.
- Prácticas de cuidados acotadas a actividades relacionadas con las indicaciones médicas, que habían sido realizadas por las mujeres con la intención de mejorar la salud; motivos y condiciones por las que no siguieron las recomendaciones médicas; y la búsqueda de atención médica ante un cuadro de dolor de pecho.
- Derechos en salud particularmente a la información; y su opinión acerca de la EC como prevenible.

Para el análisis, se reagrupó a las mujeres en: “vulnerables”, que comprende usuarias de SSA y jóvenes universitarias, las primeras porque son usuarias de servicios médicos para población en vulnerabilidad, las segundas por su edad y menor contacto con los servicios de salud; las “no vulnerables”, que comprende mujeres con posgrado y derechohabientes de la seguridad social, con base en sus altos grados de escolaridad, acceso a la seguridad social y al trabajo formal.

Se realizó un estudio descriptivo con frecuencias, porcentajes, y medias de las variables previamente mencionadas; para detectar la relación entre dichas variables se usó el test X^2 y el de diferencias de proporciones para detectar diferencias entre los porcentajes

de las distintas categorías de las variables. Se estimó la probabilidad de percepción de los estresores de género, y las diferencias en la identificación de los mismos, entre los dos grupos de mujeres. Así como las diferencias en las prácticas de cuidados de mujeres con y sin información sobre riesgo coronario, y las probabilidades de que se lleven a cabo por cada grupo, mediante la Odds Ratio.

Datos sociodemográficos de las mujeres encuestadas.

La muestra está conformada principalmente por mujeres jóvenes y en edad media de la vida (36 años), esto concuerda con la edad de la población residente de Hermosillo (Ayuntamiento de Hermosillo).

Tabla 2. Media de edad de las mujeres encuestadas por lugar de aplicación

Lugar/media	Lugar de aplicación			
	Derechohabientes ISSSTESON	Profesoras y estudiantes COLSON	Usuaris SSA	Jóvenes universitarias
	Media	Media	Media	Media
Media de edad	44	42	39	21

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 2 se observa la media de edad por lugar de aplicación de la encuesta.

En relación a escolaridad, la tabla 3 resume la distribución por tipo de instrucción recibida.

Tabla 3. Escolaridad por lugar de aplicación de la encuesta

Escolaridad/Lugar de aplicación	Lugar de aplicación			
	Derechohabientes ISSSTESON	Profesoras y estudiantes COLSON	Usuaris SSA	Jóvenes universitarias
	n=36	n=12	n=62	n=30
Sin primaria	---	---	2(3,2)	---
Primaria incompleta	1(2,8)	---	8(12,9)	---
Primaria	2(5,6)	---	7(11,3)	---
Secundaria	4(11,1)	---	22(35,5)	---
Preparatoria	9(25,0)	---	15(24,2)	---
Licenciatura	15(41,7)	---	6(9,7)	---
Posgrado	4(11,1)	12(100,0)	---	---
Cursando licenciatura	1(2,8)	---	2(3,2)	30(100,0)

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013

Se observa que las usuarias de la Secretaría de Salud tenían menos grados educativos que las derechohabientes de la seguridad social y las jóvenes universitarias, mientras que las encuestadas en el COLSON tenían los mayores grados de escolaridad.

En cuanto a situación laboral, las mujeres ocupadas en empleos remunerados eran principalmente las derechohabientes de la seguridad social y las mujeres con posgrado, mientras que las usuarias de la SSA se auto identificaron en mayor proporción como amas de casa, y pocas señalaron tener un empleo remunerado.

De las mujeres que tenían empleos remunerados (31,4%), consideraron que sus empleos eran de mediana responsabilidad el 50,0% y de alta responsabilidad el 38,6%. Mientras que 30,7 % de las mujeres encuestadas tenían servicio médico como prestación laboral por su propio trabajo y en una proporción similar, contaban con éste por el trabajo de su pareja.

Se encontraron mujeres que tenían derecho a dos o más instituciones públicas; las

derechohabientes de ISSSTESON recurrían principalmente a este servicio, mientras que las encuestadas en el COLSON iban con mayor frecuencia a la medicina privada. Las usuarias de la Secretaría de Salud accedían a los servicios médicos de esta institución a través del seguro popular, y las estudiantes universitarias iban preferentemente al IMSS.

Las mujeres con EC entrevistadas en profundidad

Las entrevistas en profundidad tuvieron el objetivo de dar voz a mujeres para identificar particularidades de género de la EC de mujeres; mostrar cómo ellas vivían su experiencia y comprendían su enfermedad; cómo era su experiencia en la atención médica, principalmente en lo que se refiere a recibir información oportuna y accesible; y abordar en el análisis la conformación del *habitus paciente obediente*, y el proceso de apropiación del derecho a la información.

Criterios de inclusión:

Mujeres con un diagnóstico de EC.

Estar en el rango de edad de 30 a 85 años. La franja etaria se decidió considerando el comportamiento crónico de la enfermedad, y contar con entrevistadas afectadas por cardiopatía isquémica con infarto (IAM) y sin infarto (angina de pecho).

Criterios de exclusión:

Mujeres con enfermedades cardíacas diferentes a angina de pecho o infarto agudo al miocardio.

Estrategias metodológicas:

El grupo de mujeres entrevistadas tomó en cuenta la edad considerada en los criterios de la encuesta, pero incluyendo solo a mujeres diagnosticadas con una EC, específicamente infarto agudo al miocardio y angina de pecho; también se seleccionaron mujeres con acceso a los distintos tipos de servicios de salud, criterios coincidente con el acotado en la encuesta. Esto dio cabida a mujeres laborando en la economía formal, en la informal, en el hogar, con distintos niveles de escolaridad y de estratos socioeconómicos medio y bajo.

Las entrevistadas fueron contactadas a través de la técnica “bola de nieve”, que consiste en que las primeras informantes remitan a más informantes, y a su vez, éstas a otras más (Taylor y Bogdan 1987). En este caso, las primeras se conocieron a través de la encuesta, un grupo de autoayuda para hipertensión y diabetes, y en áreas de consulta externa de las unidades médicas participantes. El grupo incluye a 2 trabajadoras del sector salud. El número de entrevistas se decidió con base al proceso continuo de ida y vuelta entre los datos y las entrevistas, hasta generar información relevante para la comprensión del problema, y saturar el tema, es decir, cuando el discurso se repite sin producir nuevo conocimiento (Ibíd.).

Para garantizar aspectos éticos de la investigación, todas las entrevistas se realizaron bajo consentimiento informado, la participación fue voluntaria, gratuita y confidencial, ofreciéndose la posibilidad de suspender las sesiones en cualquier momento sin que hubiera

ningún tipo de repercusión; a todas se les entregó una copia del consentimiento informado como constancia de participación, que contenía los datos de localización de la investigadora, la directora de tesis y el COLSON. Las entrevistas fueron grabadas con permiso expreso de cada entrevistada y transcrita por la propia investigadora, con un promedio de 30-40 cuartillas por entrevistada. Para el manejo de los datos y garantizar el anonimato de las mujeres y del personal médico entrevistado, se utilizan seudónimos. La guía de entrevista se basó en temas nodales del problema, así como los temas principales identificados en la encuesta. En el análisis se utilizaron técnicas de la teoría fundamentada, es decir, se leyó detalladamente el contenido de las respuestas para identificar núcleos de significados, construyendo códigos y comparando las expresiones de las entrevistadas para generar temas y subtemas y dar sentido a ejes de análisis principales situados contextualmente (Strauss 2002).

Además emergieron conceptos que permitieron, junto a los teóricos, interpretar las experiencias y percepciones de las mujeres, incorporando a este análisis la mirada teórica de género y derechos.

Los conceptos emergentes que quedaron al final de la sistematización de los resultados fueron:

“El sufrimiento moral”. La comprensión de la EC

“No aguanto tanto”. La violencia de género

“Forzar al corazón”. Las múltiples jornadas laborales

“Menos a la mujer”: La valía de las mujeres

Dar voz a las mujeres en tanto actoras sociales, es reconocer que el discurso es un modo de comunicación y una representación del mundo, que se genera contextualmente, y a la vez refleja el contexto socio-histórico, cultural y político del que proviene (Menéndez 1997) y del que no se sustrae, por lo mismo, reproduce las relaciones de poder y las desigualdades de género. Además, a través del lenguaje se construyen “identidades sociales, relaciones sociales, sistemas de conocimiento y de creencias” (Fairclough 2008, 172) no monolíticas, que permiten encontrar en los discursos diversas líneas argumentativas, dependiendo de la posición del “sujeto” -en este caso de las “sujetas”- para acercarnos a las experiencias de las mujeres con EC.

Las mujeres entrevistadas

Para identificar a las 9 mujeres que participaron en las entrevistas en profundidad, en el cuadro 3 se presentan algunas de sus características principales.

Cuadro 3. Características generales de mujeres con EC que participaron en la investigación

Seudónimo y edad	Escolaridad	Estrato socio-económico	Servicio médico	Trabajo	Diagnóstico y tiempo-entrevista
Elsa. 80 años	Primaria	Medio-medio alto	Privado ISSSTE	Ama de casa Bisutería	Angina de pecho (1 ½ año)
Lorena. 56 años	Secundaria	Medio bajo	ISSSTE	Jubilada. Vende comida	IAM (5 meses)
Gloria. 52 años	Enfermería Posgrado	Medio	ISSSTESON ISSSTE	Empleada	Cardiopatía isquémica(6 años)
Irene. 57 años	Médica Posgrado	Medio	ISSSTESON ISSSTE	Jubilada/Condicionada	IAM (2 años)
Emma. 55 años	Comercio	Bajo	Seguro Popular	Ama de casa	Angina de pecho (8 años)
Minerva. 55 años	Primaria	Bajo	Seguro Popular	Economía informal	IAM/Angina de pecho (8 años)
Josefina. 75 años	Primaria sin terminar	Bajo	Seguro Popular IMSS	Paquetera en supermercado	Angina de pecho (año 5 meses)
Patricia. 85 años	Sin primaria	Bajo	Seguro Popular	Economía de subsistencia	IAM (no especificado)
Gabriela. 62 años	Lee poco no sabe escribir	Bajo	Seguro Popular IMSS	Paquetera en súper mercado	Angina de pecho (8 años)

Fuente de elaboración propia, entrevistas en profundidad aplicadas en Hermosillo, 2014.

En rasgos generales, se evidencia que las mujeres con más de 60 años de edad (60 a 85 años), Elsa, Josefina, Patricia y Gabriela tenían menor nivel educativo, sus patrones de género eran más tradicionales y a excepción de Patricia, el cuadro clínico de presentación más frecuente fue la angina de pecho.

Elsa pertenece a un estrato socioeconómico medio-medio alto, fue educada por institutrices, estaba casada con un profesionista y vivía en una casa propia situada en una colonia céntrica. Esta colonia se caracteriza por sus casonas, que durante décadas albergaron a las familias más “pudientes” (económicamente) de la ciudad y que actualmente se ha convertido en una zona de oficinas y negocios.

Ella era derechohabiente de una institución pública por ser esposa de jubilado, pero recurría frecuentemente a la medicina privada. Padecía de diversos problemas de salud, como desviación de la columna vertebral, osteoporosis, infecciones urinarias crónicas y un tumor benigno en la arteria carótida, que le dificultaba o impedía acostarse horizontalmente y sin almohadas.

Elsa se auto identificó como una mujer soñadora y apacible, vivía con su cónyuge y una hija, dedicando parte de su tiempo a la bisutería, que además de representar una entrada extra de dinero, le permitía poner en juego su creatividad.

A diferencia de Elsa, Patricia habitaba en una colonia popular del norponiente de la ciudad, apenas sabía escribir su nombre y no sabía leer, aunque siempre había soñado con aprender a leer y escribir “...*porque yo creo que ahí, donde voy a estar enterrada, me va a servir, porque ¡nunca me lo van a quitar!...*”. Su vida transcurría en la pobreza, vivía sola en una casa “prestada” por su hija y con serias dificultades físicas. Padecía de hipertensión,

problemas articulares en las rodillas y poca movilización por su problema cardíaco. Estaba afiliada al seguro popular, pero por sus limitaciones, pocas veces se desplazaba hacia el Centro de Salud, sus hijas se encargaban de llevarle sus medicamentos.

Su principal medio de subsistencia era la elaboración de bufandas, bolsas de rafia y centros de mesa, pero *“cada vez los compran menos”*, por lo que cada vez era más dependiente económicamente de sus hijas y aumentaba su desprotección social.

Por su parte, Josefina tenía 75 años de edad, y junto a su cónyuge vivía en una colonia popular del noreste de la ciudad, su casa estaba enclavada en las faldas de un cerro,. Ella era madre de 2 hijos y 2 hijas, que ya vivían por separado, pero por las mañanas cuidaba a 2 nietos, para *“ayudar”* a su hija mayor. Por las tardes trabajaba como empacadora, es decir, se situaba junto a las cajas registradoras de un centro comercial para colocar en bolsas las mercancías de cada cliente; ella trabaja sin sueldo formal ni prestaciones sociales y sus ingresos dependía de las propinas de los clientes.

A pesar de las limitaciones físicas por la EC, Josefina estaba obligada a trabajar porque se encargaba del mantenimiento de su casa, ya que su cónyuge tenía una pensión muy baja, que además se *“le va en el alcohol”*, y como ella se *“endeudó”* en los casinos, pues tenía que *“llevar las consecuencias”*.

Josefina no terminó la primaria porque su padre desde temprana edad la puso a trabajar en labores agrícolas. Siendo joven migró a la ciudad de Hermosillo, trabajó como empleada doméstica y en limpieza de oficinas. Se fijó como meta la movilidad social de sus hijos e hijas, y *“... que estudiaran una carrera universitaria, para que no sufrieran tanto”*, sobre-exigencia que la había llevado a dobles jornadas labores continuas.

Como su cónyuge era jubilado, tenía derecho al IMSS, pero ella decidió afiliarse al seguro popular, por experiencias negativas en el IMSS. Dos años antes de la entrevista se le detectó diabetes y, desde hacía casi año y medio, angina de pecho. En varias ocasiones había cambiado de unidad médica ante la falta de respuesta a sus necesidades. Al momento de la entrevista acudía al Centro de Salud Lomas de Madrid y al grupo de autoayuda de esa unidad, y había regresado al IMSS para volver a iniciar estudios de su problema cardíaco.

Cruzando la ciudad hacia el nor-poniente, vivía Gabriela, de 62 años de edad, su casa está situada en otra colonia popular, cercana al Centro de Salud Lomas de Madrid; ubicada en la intersección de 2 calles pavimentadas, la banqueta y el porche de su casa eran de tierra, sólo el interior del domicilio tenía piso de cemento.

Ahí vivía con su cónyuge, dos hijos, una nuera y dos nietos. Ella hablaba casi susurrando y en la primera entrevista mostró temor a ser grabada. Después de hablarle sobre el tema de investigación y explicarle cuál era el motivo de grabar, dio la autorización con un “... *pues mire, yo voy a confiar en usted, espero que sea una persona de buena fe... es que ¡ahorita ya se está viendo tanta cosa!*”. Expresión de Gabriela que refiere a la compleja situación de violencia en que está inmerso el país y que en ocasiones dificultó el trabajo de campo pues en el encuentro cara a cara, además de establecer empatía, hay que superar la desconfianza por la sensación de inseguridad que experimenta la población, hasta cuando se “*contesta el teléfono*” como expresó Gabriela.

Ella sabía leer “*un poco*” porque había asistido a cursos impartidos por el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA). Originaria de otro estado, tuvo una infancia difícil, huérfana de madre, visitaba esporádicamente a su padre. A los 14 años salió

de casa de su abuela, con un hombre mayor que ella, pero regresó embarazada y una madrugada ese hombre la obligó a irse con él a punta de pistola, abandonándola en otro pueblo. Posteriormente conoció a su cónyuge, con quién tuvo 5 hijos y migró a Hermosillo hace más de 30 años.

Trabajó la mayor parte de su vida como empleada doméstica, al momento de la entrevista estaba de empacadora en un supermercado cercano a su casa y nunca había gozado de prestaciones sociales laborales. Mientras que su cónyuge trabajaba eventualmente para el Instituto Nacional de Educación para el Adulto (INEA); cuando lo contrataban podían acceder al IMSS; como ambos tenían trabajos precarios y/o eventuales, generalmente recurrían al Centro de Salud de la SSA mediante su adscripción al seguro popular. Gabriela se atendía de hipertensión arterial, diabetes y angina de pecho.

Entre las mujeres de 45 a 60 años estaban: Emma, Irene, Gloria, Minerva y Lorena. Con excepción de Emma, las demás mujeres de este grupo habían salido a la esfera pública laboral -con y sin prestaciones de ley- y describieron los múltiples roles que desempeñaban en su vida cotidiana (esposa, madre, trabajadora).

Irene tenía 57 años de edad. Era médica especialista, con un doctorado no terminado por restricciones impuestas por su anterior jefe. Estaba divorciada y vivía con sus dos hijas y su nieto, en una casa propia ubicada en un fraccionamiento cerrado del sur poniente de la ciudad. Ella había laborado por más de 30 años en 2 instituciones del sector público y en el medio privado, además de encargarse de las labores domésticas. Platicó que antes de enfermar del corazón, trabajaba de lunes a domingo en el sector público, y por las tardes en el privado, para sostener a su familia y *“sacar adelante a mis hijas”*.

Con facilidad y gran emotividad, Irene habló de su vida y de cómo su salud se afectó por una serie de circunstancias personales, como la violencia de género, la injusticia laboral y la doble jornada. Es decir, que estaba sometida a una sobre-exigencia y sobrecarga, por cumplir con múltiples roles: mujer, esposa, madre y trabajadora.

Ella era cliente frecuente de los casinos, y contó que el cigarro y el juego, fueron en su momento los “*psicólogos*” que le permitieron sobrellevar su realidad, hasta que presentó en forma súbita IAM, lo que cambió drásticamente sus actividades y su forma de ver la vida.

Respecto a Gloria de 52 años edad, era enfermera con 2 posgrados, trabajaba en 2 instituciones del sector salud y también había laborado en instituciones privadas. Vivía en una colonia tipo cerrada, que adquirió con un crédito al que tuvo derecho como prestación social. Vivían con ella su hijo, que a un año de terminada su carrera profesional, seguía “*batallando para conseguir trabajo permanente*” y su hija recién graduada.

Ella trabajaba en 2 instituciones y cubría 3 turnos laborales, porque tenía que realizar su meta “*sacar a los hijos adelante*”, y cuando estaba en casa se encargaba del trabajo doméstico y la crianza. Para Gloria, uno de los detonantes del problema cardíaco fue “*el sufrimiento moral*”. En su caso, pasó por un divorcio difícil, al que se sumaron problemas “*por la adolescencia*” de sus hijos/as. Una noche, terminó el horario de trabajo hospitalizada en urgencias, con un cuadro “*inespecífico*” y con cambios electrocardiográficos, por lo que fue sometida a cateterismo cardíaco.

Mientras que Lorena de 56 años de edad, estudió hasta la secundaria porque se incorporó al trabajo formal a los 18 años. Al momento de la entrevista estaba jubilada del

sector público, pero tenía que trabajar en la elaboración de comidas caseras para completar sus gastos, vivía en una colonia popular, en una casa que adquirió como prestación social.

Estuvo casada hasta que inesperadamente se separó por infidelidad de su pareja, proceso que detonó sufrimiento y soledad, también había tenido “*problemas*” con uno de sus hijos, y enfrentaba los reproches de su ex pareja, quien la culpaba de “*descuidar*” a su hijo, por ponerse a trabajar en la elaboración y venta de alimentos. Factores que la habían llevado en diversos momentos de la vida a sentirse deprimida. Ella padecía además de diabetes y durante mucho tiempo fumó cigarrillos.

La madre de Lorena falleció de EC, ella consideraba que su madre había sufrido mucho por diversos “*problemas*” que tenía con su padre y que ese era uno de los factores que habían desencadenado el problema cardíaco. También narró que antes de morir, su madre le había “*encargado*” a sus hermanos y hermanas, por lo que asumió esa responsabilidad, siendo la “*cuidadora*” de cada enfermo/a de la familia materna. Incluso consideraba que el detonante del IAM que la puso al borde de la muerte, fue la enfermedad terminal de un hermano.

Pero no identificaba como posibles detonantes de su problema de salud, los factores de riesgo cardiovascular descritos desde la biomedicina, como su antecedente familiar de problema cardíaco, el tabaquismo y la diabetes, a pesar de su continuo acercamiento al discurso médico, ya que fue la cuidadora de su madre, era hermana de una enfermera y tenía un largo historial de consultas médicas.

En tanto que Emma tenía 55 años de edad, era una ama de casa que vivía en la zona poniente de la ciudad, en una colonia popular. Habitaba en una casa propia con su cónyuge,

una hija, su yerno y una nieta. En esa misma propiedad habían instalado un taller mecánico, del que dependía la mayor parte de la economía familiar, a la que se sumaban aportaciones de la hija y el yerno. Su cónyuge era contratado eventualmente por algunas compañías, cuando eso sucedía accedían a la seguridad social (IMSS), pero por su carácter temporal, no había continuidad en el proceso de atención médica. Ella comentó que 8 años antes había leído que tenía angina de pecho en unos documentos del IMSS, pero que no había seguido atendándose en esa institución por los problemas de acceso ya comentados. Al momento de la entrevista había acudido a su primera cita en el servicio de cardiología del Hospital General del Estado.

Ella estudió comercio y decía que “*nunca*” había trabajado, sin embargo, se encargó de las labores domésticas hasta que la angina de pecho la limitó; esas labores pasaron a manos de su hija. De acuerdo a Emma la situación económica familiar se “*ha venido a menos*”, porque antes “*les alcanzaba*” hasta para que ella se comprara algunas joyas; pero como los últimos años habían sido tan difíciles, se había visto obligada a venderlas.

La precariedad económica familiar y los problemas de acceso a los servicios de salud, constituían dos de las barreras principales para que ella pudiera seguir las indicaciones médicas, por ejemplo dijo que “*la carestía de los alimentos*”, le impedía seguir las dietas. Con nostalgia recordaba que nació y vivió su primera infancia en un pueblo cercano a Hermosillo, donde su padre tenía un huerto familiar por lo que “*... nunca les faltaban las frutas y verduras...*”, pero migraron a la ciudad para “*darle estudio*”, y las cosas cambiaron.

Padecía desde hacía “*muchos años*” una enfermedad renal, y cuando empezó a

sentir “*malestares*” al tender la ropa, no se imaginó que eran por un problema cardíaco, acudió unas semanas después a atención médica, sin embargo pasaron 2 años para que le dijeran que tenía angina de pecho.

En tanto que Minerva nació en un rancho situado en el norte del Estado de Sonora, lugar donde estudió la primaria. Ahí creció junto a su abuela materna que padecía de un problema cardíaco, por lo que desde temprana edad quedó a cargo de las labores domésticas, que incluían el acarreo de pesadas cubetas de agua, desde un arroyo hasta la casa familiar. Después se casó y migró a Hermosillo.

Junto al que fue su cónyuge y sus 2 hijas, trabajó en una pequeña “empresa familiar”, vendiendo diversos productos de casa en casa. Aunque el dinero fluyó en buenas cantidades, sólo llegó a las manos de quien fue su pareja, quien les limitaba el dinero; no permitió que las hijas estudiaran más allá de la primaria; y sólo apoyó al hijo varón para que estudiara una carrera profesional.

Minerva trabajó en la economía informal por más de 20 años, sin horario laboral, ni prestaciones de ley. Cuando su pareja se marchó, quedó sola y con la casa “*en ruinas*”, entonces tomó como reto personal “*mejorar la casa (para) demostrar...*” que podía salir adelante, de manera que siguió en el mercado informal, comprando y revendiendo diversos productos para el hogar.

Estuvo internada en 2 ocasiones por su problema cardíaco, siendo atendida en unidades médicas de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora. Se afilió al seguro popular y al momento de la entrevista acudía al Centro de Salud Lomas de Madrid; dos meses antes le habían diagnosticado diabetes y padecía de hipertensión, por lo que acudía al

grupo de autoayuda de esa unidad.

Cabe resaltar, que todas y cada una de estas 9 mujeres fueron elocuentes y sus discursos están llenos de significados. La característica que las une, es su identidad de género. La reproducción de patrones, normas, roles y estereotipos de género están presentes en todas las historias. Sin dejar de reconocer que cada una tiene sus vivencias y experiencias.

La entrevista semiestructurada a médicos y médicas

La información obtenida mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas al personal médico, es complementaria a la que se genera a través de la encuesta y las entrevistas en profundidad.

Se trató de comprender cómo se articulaba el discurso médico normativo proveniente de los esquemas que conforman el *habitus médico profesional*, con el *habitus paciente obediente* de las mujeres; por qué para las mujeres y para el personal médico que las atiende, permanecen invisibles las particularidades de género de la EC de ellas, y cuáles son las decisiones que en su opinión tienen derecho a tomar las mujeres con EC.

Criterios de inclusión:

Médicos y médicas que laboran en instituciones de primer y segundo nivel, a donde acuden las mujeres por atención.

Con diferentes grados académicos.

Que tuvieran actividades directas en la atención médica de pacientes.

Criterios de exclusión:

Personal médico de otras especialidades médicas diferentes a la cardiología y medicina general o familiar.

La guía de las entrevistas semiestructuradas se elaboró a partir de temas nodales y los principales identificados en las dos fases previas de la investigación, conformándose los siguientes apartados:

Percepción del personal médico sobre la información que tienen las mujeres acerca de la EC de mujeres.

Percepción del personal médico sobre la demora de las mujeres para buscar atención médica.

Información acerca de las diferencias y particularidades de género de la EC de mujeres.

Información acerca de decisiones y derechos de las mujeres en su calidad de pacientes.

La transcripción de las entrevistas fue realizada por la propia investigadora, con un promedio de 10 a 15 cuartillas por entrevistada/o. En todas las entrevistas se cubrieron la totalidad de las preguntas. En general, las respuestas no se acotaron sólo a la pregunta, sino que fueron más amplias, lo que permitió que surgieran ejes de análisis, y quedó como

concepto emergente:

“Nos dicen histéricas”

Características generales de médicos y médicas que participaron en las entrevistas semiestructuradas

Para entrevistar al personal médico se solicitó la autorización de directivos de las instituciones, posteriormente hubo un acercamiento a informantes claves para que se abrieran las puertas a la investigadora, y finalmente se identificaron informantes en cada servicio que a su vez remitieron a más informantes, diversificando la selección por sexo, lugar de trabajo, tiempo de ejercicio de la medicina y grado académico. En el siguiente cuadro se contemplan algunas características generales.

Cuadro 4. Médicos y médicas participantes en las entrevistas semiestructuradas

Pseudónimo	Edad	Tiempo de ejercicio	Grado de estudios
Sergio	58 años	26 años	Cardiología intervencionista
Lorena	57 años	31 años	Medicina general
Elena	60 años	25 años	Cardiología
José	63 años	33 años	Cardiología
Hugo	58 años	26 años	Medicina General
Nicolás	28 años	3 años	Medicina general
Teresa	46 años	16 años	Cardiología
Luz	48 años	20 años	Medicina general

Fuente de elaboración propia, entrevistas semiestructuradas a médicos y médicas en Hermosillo, 2014.

Para las entrevistas se cubrieron aspectos éticos, como el consentimiento informado, la garantía del anonimato y la confidencialidad, y se entregó copia del consentimiento. Todas las entrevistas se grabaron previa autorización. En el manejo de los datos se utilizan seudónimos.

Apuntes de campo

En el trabajo de campo se constata que las mujeres están interesadas en participar en temas relacionados con salud, dada su disposición tanto para contestar el cuestionario de la encuesta, como para narrar sus experiencias durante las entrevistas en profundidad.

Durante la aplicación de la encuesta se observaron algunas diferencias entre las mujeres, por ejemplo, mostraron más disposición para participar las que esperaban entrar a consulta médica, que quienes esperaban información sobre algún familiar hospitalizado. Así como las jóvenes y las usuarias de la SSA, más que las derechohabientes de ISSSTESON de mediana edad y con celular en la mano. Sin embargo, podemos afirmar que la mayoría de las mujeres que se les solicitó su participación, accedieron sin oposición y gustosamente.

En algunas ocasiones cuando se rehusaban diciendo que no tenían conocimiento sobre las enfermedades del corazón, cambiaban de parecer al explicarles que el propósito de la investigación, era precisamente saber a través de ellas mismas por qué carecían de dicha información, ante esto daban su anuencia, y se observó como a medida que contestaban el cuestionario, expresaban comentarios adicionales acerca de experiencias con la EC, adquiridas sobre todo a través de las familias y/o amistades.

También mostraron su interés para responder todas las preguntas, aunque hacerlo significara en ocasiones reconocer con timidez, que no sabían o se les dificultaba leer, en

esos casos se les aplicaba la encuesta por la investigadora o su asistente (capacitada previamente).

Las estudiantes universitarias se enfocaban en contestar cada pregunta como si fuera un examen universitario, demostrando que a las jóvenes les satisface que se les tome en cuenta, pues suelen ser grupos “en la sombra” para los servicios de salud, ya que acuden poco a esos espacios y cuando lo hacen, es por razones reproductivas o acompañando a familiares.

En relación a las entrevistas en profundidad, la primera dificultad fue localizar mujeres con EC, la técnica bola de nieve fue de gran utilidad en este proceso. La mayoría de las entrevistas se realizaron en las casas de las mujeres, en los horarios escogidos por ellas. Sólo una manifestó que prefería ser entrevistada en su lugar de trabajo, donde tenía espacio y tiempo para colaborar con la investigación.

Durante las entrevistas las mujeres mostraron gran apertura, hubo momentos en que expresaban sentimientos tan profundos, que pusieron de manifiesto lo cercano que está en el imaginario, el corazón y las sentimientos, pues solo nombrarlo evocaba otras vivencias y no solo las que conciernen a la EC. Sus discursos, plenos de significados, mostraron diferencias y encuentros en sus historias de vida, que trascienden los grados de escolaridad y de clase social, en tanto expresan su *habitus de género*, sus vivencias en los espacios médicos, y también su *habitus paciente obediente*.

En las entrevistas en profundidad, las mujeres hablaron de una realidad social que se hunde profundamente en sus experiencias de vida, en este sentido, hubo momentos en que las respuestas eran más emocionales que fundadas en razonamientos. Además, durante el

encuentro cara a cara, hay que reconocer que hubo influencias mutuas entre investigada-investigadora que enriquecen los datos, pero que es necesario objetivar, teniendo en cuenta en todo momento la pregunta y los objetivos de la investigación.

Por otro lado, en las entrevistas semiestructuradas realizadas al personal médico, fue posible conectarse con cada profesional, respetando sus puntos de vistas y creencias, y se tuvo la oportunidad de clarificar y contrastar los datos con los obtenidos a través de las otras herramientas metodológicas. Si bien la información que se obtiene de las entrevistas, depende de la interacción entrevistado/a-entrevistadora, también intervino la situación, actuación y características del personal que se entrevistó. En este sentido, se cuidaron aspectos éticos y de privacidad, tratando de controlar sesgos en la recogida de información.

Otro aspecto que ponderamos, fue nuestra propia formación médica, el acercamiento con colegas supuso un cambio de lentes previo, y una ruptura, a la manera de Bourdieu y cols (2002) con las configuraciones interiorizadas en la formación profesional y encarnadas en el *habitus médico*, para que fuera posible identificar, reflexionar y superar atavismos relacionados con la construcción biomédica de las enfermedades y de las pacientes, el principal fue ampliar la mirada para tratar de evitar el reduccionismo biológico y los juicios de valor hacia las mujeres-pacientes, que como evidenció Roberto Castro (2014^a) se incorporan en el *habitus médico*, como un currículo oculto que era necesario develar y reconocer.

Pero el reduccionismo biológico es una parte del sesgo que se tenía que evitar durante el proceso de investigación, el otro fue el reduccionismo sociológico que puede encontrarse en estudios de género, cuando se obvian otras categorías que atraviesan y

parcializan la realidad del fenómeno, por ejemplo, no tomar en cuenta que las mujeres son un grupo heterogéneo, que hay desigualdades, discriminaciones, y condiciones sociales y culturales que vulnerabilizan más a unas mujeres que a otras.

Por la pertenencia al gremio médico se decidió que el trabajo de campo se realizara en servicios médicos donde no habían existido relaciones laborales, aunque pertenecer al gremio fue una ventaja a la hora de entrar en las instituciones de salud y facilitó también la apertura del personal médico, tal vez por considerar que era menos amenazante para ellos/as entrevistarse con alguien que forma parte de su grupo, dada la resistencia que a veces se observa en el personal de salud, cuando se investiga desde otros enfoques que no sean los biológicos, máxime si esto incluye perspectivas que cuestionan el orden médico, como son los estudios de género y derechos.

Por último, se destaca la entusiasta y emotiva participación de las mujeres encuestadas y entrevistadas. Para la investigadora es evidente, no sólo la disposición de las mujeres para ser entrevistadas, sino la acogedora recepción de que ha sido objeto al llegar a las casas y ser recibida con agua y/o sendas tazas de café. También hemos vivido momentos difíciles que han requerido de contención, pues la relación simbólica entre el corazón y los sentimientos está tan profundamente interiorizada, que preguntar sobre los problemas cardíacos tiene como respuesta casi inmediata, los sentimientos, problemas y emociones vivenciados alrededor de la enfermedad cardíaca y en sus historias de vida.

Además muestra que la investigación cualitativa, en tanto encuentro cara a cara, lleva no sólo a tener influencias mutuas, sino a una identificación de género a través de mirarse y encontrarse en la otra.

Capítulo IV. Los problemas de salud de las mujeres y de la EC de mujeres: Resultados de la encuesta

En este capítulo se analiza la información obtenida de la encuesta, ésta tuvo un diseño observacional de carácter transversal, fue aplicada con la finalidad de obtener una visión general, aproximativa, de un problema de salud poco estudiado en el país.

El cuestionario se estructuró en 7 apartados, que cubren 41 ítems (anexo), las variables se trabajan mediante tablas descriptivas para revelar la significancia de los datos, relacionarlas entre sí y analizarlas en base a conceptos explicitados en el capítulo de marco teórico y los emergentes de los datos.

En el capítulo se aborda la información que tenían las mujeres sobre la EC; su percepción sobre los problemas de salud que les atañen; cuál es la figura –masculina o femenina- que identifican cómo quién padece EC; su conocimiento acerca de las enfermedades del corazón; sus prácticas de cuidados relacionadas con las indicaciones médicas; sobre vulnerabilidad, estresores y satisfactores de género; y acerca del reconocimiento del derecho a la información en salud.

Como señalamos en el Capítulo de Metodología, para el análisis, se reagrupó a las mujeres encuestadas en “vulnerables” y “no vulnerables”: “vulnerables” comprende usuarias de SSA y jóvenes universitarias (92), las primeras porque son usuarias de servicios médicos para población en vulnerabilidad, las segundas por su edad y menor contacto con los servicios de salud; “no vulnerables” (48) comprende mujeres con posgrado y

derechohabientes de la seguridad social con base en sus altos grados de escolaridad, acceso a la seguridad social y al trabajo formal.

Percepción de riesgo

En la tabla 4 se presentan resultados generales sobre información y percepción de las mujeres acerca de los problemas de salud de las mujeres y sobre la EC de mujeres.

Tabla 4. Información de las mujeres acerca de la salud de mujeres y de la EC

VARIABLE		n=140(%)
Información de las mujeres sobre:	1. Cómo evitar el riesgo de padecer EC de mujeres No la tiene	72 (51,4)
	2. Su propio riesgo de padecer enfermedad cardíaca No la tiene	82 (58,6)
Percepción acerca de la salud de las mujeres:	1. Principal problema de salud de las mujeres	
	Cáncer de mama	47 (36,6)
	Estrés	26 (18,6)
	Diabetes	24 (17,0)
	Obesidad	22 (16,0)
	Cáncer cervico-uterino	10 (7,0)
	Enfermedad cardíaca (infarto y angina de pecho)	4 (2,9)
	2. Causa principal de muerte en mujeres	
	Cáncer de mama	70 (50,0)
	Cáncer cervico-uterino	20 (14,3)
	Diabetes	20 (14,3)
	Enfermedad cardíaca (infarto y angina de pecho)	16 (11,4)
	Violencia doméstica	4 (2,9)
	Accidentes de tránsito	3 (2,1)
	3. Auto-percepción en riesgo coronario	
Sí	103 (73,6)	
No	14 (10,0)	
No sabe	23 (16,4)	
5. Figura que identifican con enfermedad cardíaca		
Hombre	57 (40,7)	
Mujer	32 (22,9)	
No sabe	51 (36,4)	

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 4 se observa que solo el 2,9% del total de mujeres encuestadas señalaron

a la EC como principal problema de salud de las mujeres; pero identificaron en primer lugar al cáncer de mama (33,6%), seguido del estrés (18,6%) y la diabetes (17,0%). También señalaron con mayor frecuencia a hombres (40,7%) que a mujeres (22,9%) cómo quienes padecen enfermedad coronaria.

En la misma tabla 4 se aprecia que una proporción considerable de mujeres desconocía cuál era su propio riesgo de padecer EC (58,6%), y que no tenían información sobre cómo reducir el riesgo de padecer la enfermedad (51,4%). A la vez una alta proporción de ellas (73,6%) contestó que “sí” se percibía en riesgo de padecer esta enfermedad. En estas variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres.

En cuanto a la causa principal de muerte en mujeres, se observa en la misma tabla (4) que 50,0% identifica al cáncer de mama, y aunque aumenta la selección de la EC (11,4%) como causa de muerte, es considerable la cifra de mujeres que sigue sin visualizarla. También aparece con un porcentaje menor la violencia doméstica (2,9%).

En la tabla 5 se observa el comportamiento de esta misma variable (causa de muerte en mujeres) de acuerdo al grupo de pertenencia.

Tabla 5. Causas principales de muerte en mujeres de acuerdo a las propias mujeres

	Mujeres no vulnerables	Mujeres vulnerables	p
	n=48 (%)	n=92(%)	
Cáncer de mama	18 (37,5)	52 (56,5)	0,03
Cáncer de la matriz	6 (12,5)	14 (15,2)	0,6
Diabetes	10 (28,5)	10 (10,9)	0,1
EC	10 (20,8)	6 (6,5)	0,01
Violencia doméstica	---	4 (4,3)	0,1
Accidentes de tránsito	2 (4,2)	1 (1,1)	0,2
NS/NC	2 (4,2)	5 (5,4)	0,7

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

Se aprecia que las mujeres vulnerables seleccionaron más frecuentemente al cáncer

de mama ($p=0,03$) y con menor frecuencia a la EC ($p=0,01$) que las no vulnerables (Tabla 5). En ambas enfermedades las diferencias entre los dos grupos son estadísticamente significativas.

Estos cuadros muestran por un lado, que se señala más a la EC como causa de muerte que como problema de salud, y por el otro que la EC es aun menos visible para las mujeres vulnerables que para las no vulnerables. Cuando este dato lo trabajamos por lugares de aplicación, observamos que las jóvenes universitarias contribuyeron considerablemente a la conformación de este porcentaje más alto. Enfatizamos que el cáncer de mama es objeto de amplias campañas por parte del sector salud y de los medios masivos de comunicación.

También se exploró si consideraban que hubiese un etapa en la vida de las mujeres en que se incrementa el riesgo de padecer EC.

Tabla 6. Etapa de la vida en que aumenta el riesgo de padecer EC

Riesgo de padecer EC	Mujeres no vulnerables	Mujeres vulnerables
	n=48(%)	n=92(%)
De los 35 años en adelante	15(31,2)	18(19,5)
Después climaterio/menopausia	10(20,8)	18(19,5)
Después de los 65 años	8(16,6)	6(6,5)
A lo largo de toda la vida	6(12,5)	14(15,2)
De los 25 años en adelante	6(12,5)	14(15,2)
No sabe/no contesta	---	2(2,1)

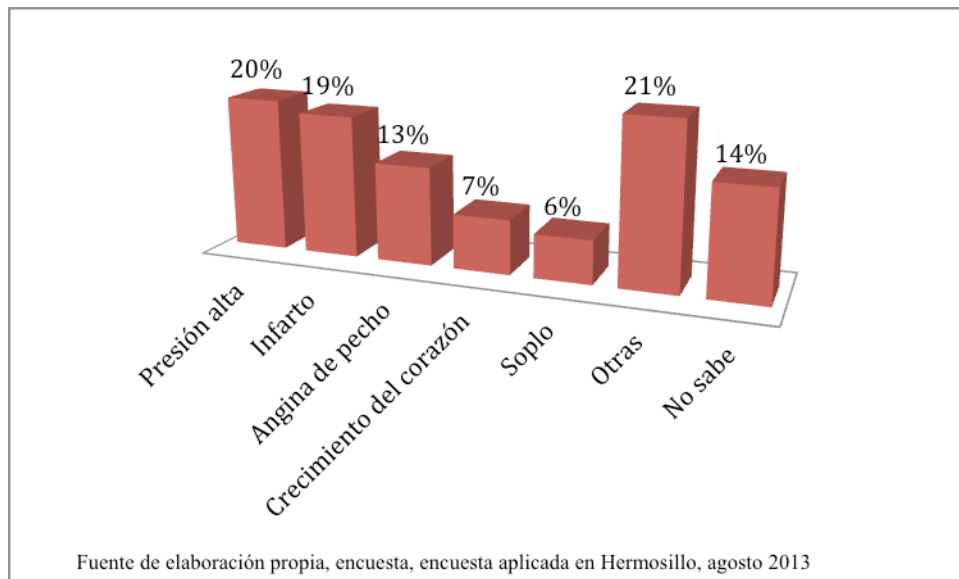
Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 6 se aprecia que la mayoría de las mujeres encuestadas señaló que se incrementa el riesgo de las mujeres de padecer EC después de los 35 años y de la menopausia; mientras que un porcentaje considerablemente menor identificó los 65 años, y que el riesgo está presente a lo largo de toda la vida. Dada la desagregación de los resultados, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para acercarnos de otra manera a la percepción de riesgo coronario, se les preguntó si estaban “en desacuerdo” con la frase “no creo que yo esté en riesgo de padecer EC”, encontrándose que un porcentaje considerable de ellas (59,3%) está “en desacuerdo” con dicha aseveración, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Este resultado reafirma que un porcentaje considerable de las mujeres encuestadas se auto-percibía en riesgo de padecer EC.

En relación a la identificación de las enfermedades cardíacas.

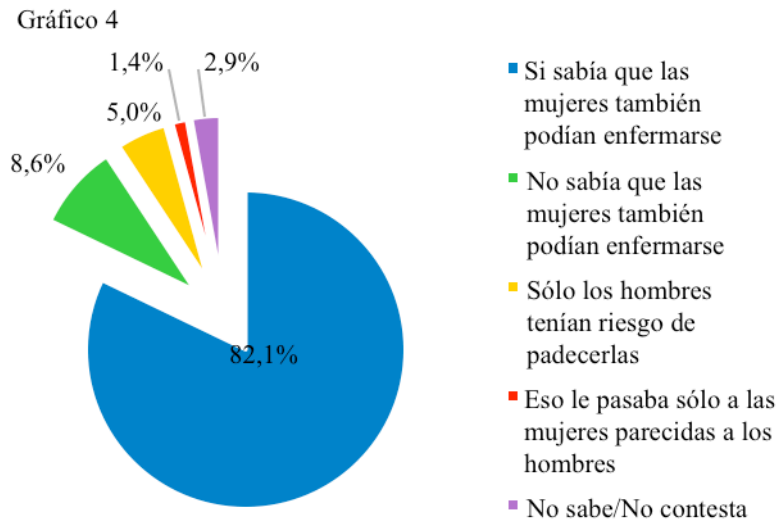
Gráfico 3. Identificación de problemas del corazón



En el gráfico 3 se observa que las mujeres identificaron como enfermedades del corazón principalmente al infarto, la hipertensión arterial y la angina de pecho, pero que 14,3% no respondió el ítem. Sin diferencias entre ambos grupos.

También se exploró si sabían que las mujeres también podían padecer EC.

Gráfico 4. Conocimiento de que las mujeres también podían padecer EC

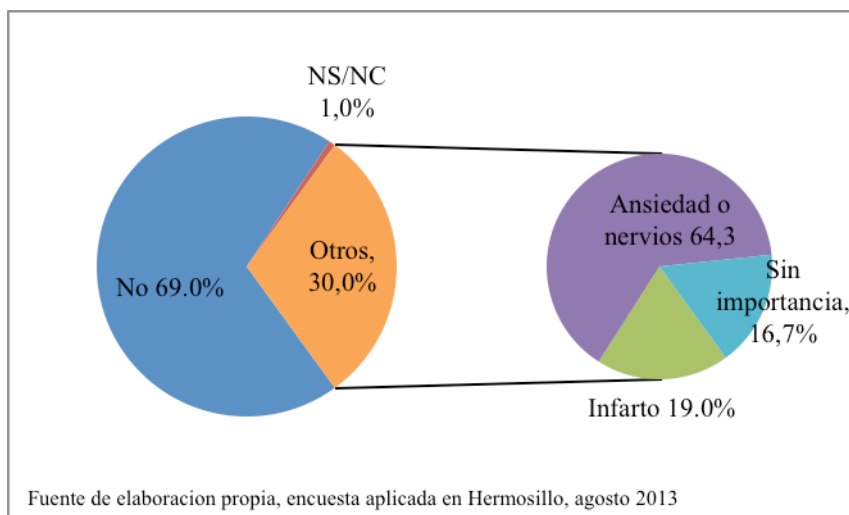


Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo, agosto 2013

En el gráfico 4 se observa que 82,1% de las encuestadas sí sabían que las mujeres también podían padecer EC, pero el 18,0% no lo sabía, ya fuera porque no tenían esta información, creyeran que sólo los hombres la padecían, que solo le pasaba a las mujeres parecidas a los hombres, o porque no supieron o pudieron contestar el ítem. Aunque no hubo diferencias significativas entre vulnerables y no vulnerables, si se observó que ese 18,0% de mujeres que no sabía que las mujeres también padecen de EC estaba conformado principalmente por usuarias de la SSA.

Así mismo se exploró si las mujeres encuestadas habían padecido al menos un episodio de dolor de pecho fuerte que les llamara la atención.

Gráfico 5. Identificación de la causa del dolor de pecho



El gráfico 5 muestra que 30,0% de las mujeres (42), habían padecido al menos en una ocasión dolor de pecho antes de ser encuestadas; 64,3% de ellas pensaron que era secundario a nervios o ansiedad, 19,0% que se estaban infartando, y 16,7% no le dieron importancia.

También se interrogó acerca de los malestares que identificaban como posible problema cardíaco.

Tabla 7. Identificación de síntomas como ataque al corazón

Síntomas	n=140(%)
Dolor de pecho	61(43,6)
Varios	59(42,1)
Falta de aire	11(7,9)
Desmayos/mareos/ausencias	1(0,7)
Dolor de estómago, acidez	1(0,7)
Otros	1(0,7)
No sabe/no contesta	1(0,7)

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 7 se observa que 43,6% de las encuestadas identificó el dolor de pecho como el malestar principal de la EC, tal cual sucede en hombres. Además, se encontraron

diferencias estadísticamente significativas ($p=0,01$) demostrativas de que las mujeres vulnerables identificaban menos que las no vulnerables la presencia simultánea de varios síntomas cuando se presenta un infarto cardíaco, siendo que éste es el cuadro más descrito en mujeres.

Como se comentó previamente, cuando se exploró acerca de los principales problemas de salud de las mujeres, se evidenció que el estrés se ubicó en el lugar número dos de los problemas enlistados (tabla 4). A este resultado se agrega que una alta proporción de mujeres consideró que el estrés se relaciona con el infarto (80,7%); la mayoría de ellas señaló que el nivel de estrés en la vida de las mujeres es alto (84,3%). Pero 34,0% no supieron señalar como era el nivel de estrés en su propia vida; 9,0% contestaron que éste era alto; 29,0% que era medio y 28,0% que era bajo.

Dado que el estrés es mencionado en la literatura sobre EC, como uno de los factores de riesgo cardiovascular (Cortes-Bergoderi y cols 2014); y que puede modificar la sobrevivencia después del infarto (Orth-Gomér y cols 2000, Orth-Gomér 2009), consideramos importante darle nombre, esto es, identificar estresores de género presentes en la vida cotidiana de las mujeres (Tajer y cols 2014a).

Por lo que se solicitó a las encuestadas señalar cuál o cuáles de 6 problemas enlistados, podían ser causas de estrés en la vida de las mujeres. Un primer dato que llamó la atención durante el análisis fue que 48,65% de las mujeres encuestadas habían seleccionado conjuntamente los 6 estresores enlistados. En la tabla 8 se observa el comportamiento de éstos entre las mujeres vulnerables y no vulnerables.

Tabla 8. Autopercepción de las mujeres del estrés y sus causas. Poniéndole nombre al estrés

Estresores de género	NS/NC* n(%)	Sí+No** n (%)	OR	IC95%	P
Problemas con la pareja:					
Mujeres vulnerables	19(20,65)	73 (79,35)	12,23	(1,58; 94,46)	0,001
Mujeres no vulnerables	1(2,08)	47 (97,92)			
Problemas con hijos/as:					
Mujeres vulnerables	18(19,57)	74 (80,43)	11,43	(1,48; 88,5)	0,002
Mujeres no vulnerables	1 (2,08)	47 (97,92)			
Problemas con padres:					
Mujeres vulnerables	18(19,57)	74 (80,43)	11,43	(1,48; 88,5)	0,002
Mujeres no vulnerables	1 (2,08)	47 (97,92)			
Problemas económico laborales:					
Mujeres vulnerables	18(19,57)	74 (80,43)	11,43	(1,48; 88,5)	0,002
Mujeres no vulnerables	1 (2,08)	47 (97,92)			
Falta de tiempo libre:					
Mujeres vulnerables	18(19,57)	74 (80,43)	11,43	(1,48; 88,5)	0,002
Mujeres no vulnerables	1 (2,08)	47 (97,92)			
Necesidad de cumplir con todo:					
Mujeres vulnerables	18(19,57)	74 (80,43)	11,43	(1,48; 88,5)	0,002
Mujeres no vulnerables	1 (2,08)	47 (97,92)			

*No sabe/No contesta

** Suma de las respuestas Sí y No.

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

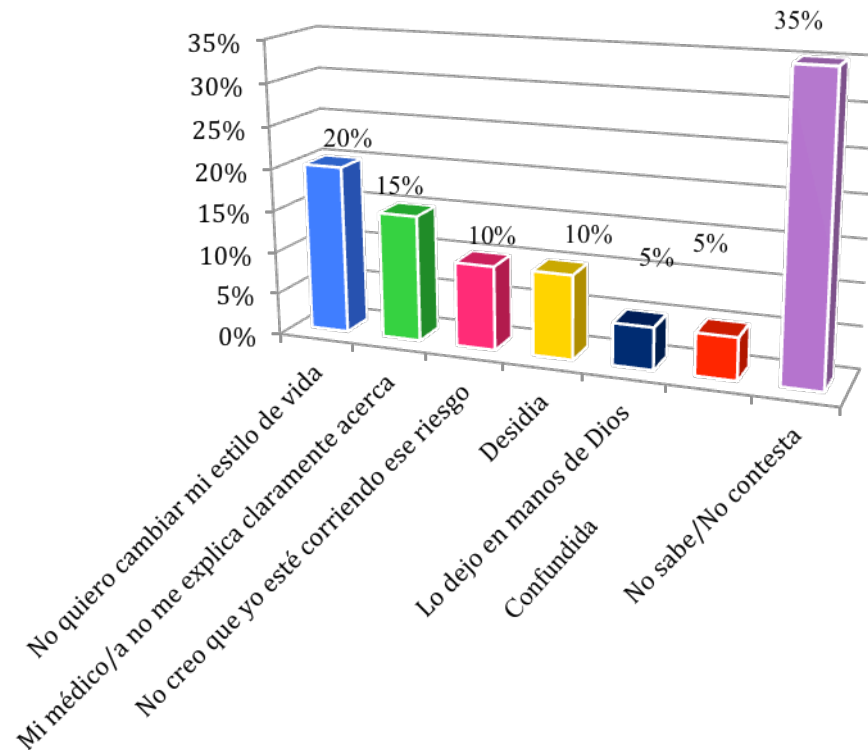
Tal como se observa en la tabla (8), las mujeres vulnerables no pudieron o no supieron manifestarse sobre las causas de estrés con mayor frecuencia que las no vulnerables en todos los estresores enlistados ($p < 0.01$); consideramos que ya sea por desconocimiento o por temor, la falta de identificación de estos estresores de género puede estar reflejando la mayor dificultad de las mujeres vulnerables para reaccionar ante la vida y que esto incrementa su vulnerabilidad.

Prácticas de cuidados

En relación a las prácticas de cuidados, 48,5% de las mujeres encuestadas señalaron que habían recibido alguna información y/o recomendación sobre cómo evitar o reducir el

riesgo de padecer EC, por lo que esta variable define en el análisis a las “mujeres informadas”. De ellas, el 21,0% señaló que no había seguido dichas recomendaciones por diversos motivos, como se observa en el gráfico 6.

Gráfico 6. Motivos para no seguir indicaciones



Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo, agosto 2013

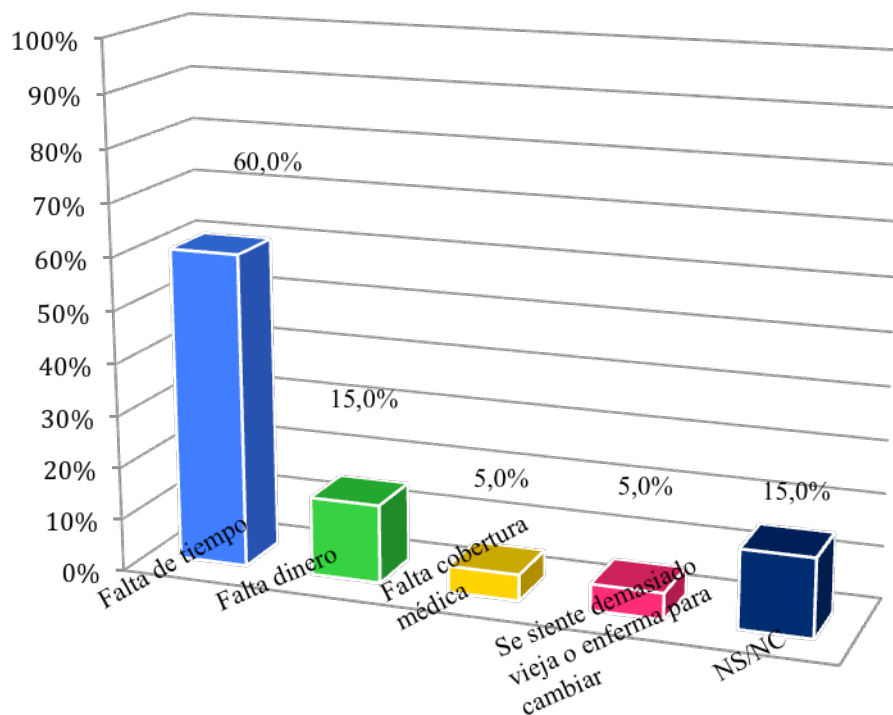
En el gráfico 6 se aprecia que 35,0% de las mujeres informadas no señaló alguno de los motivos enlistados, mientras que 10,0% señalaron que no las habían seguido por “desidia”, es decir se auto-culpabilizaron; 20,0% seleccionaron la frase “no quiero cambiar mi estilo de vida”, esta respuesta fue más frecuente entre las jóvenes universitarias; el 15,0% de las encuestadas consideró que la explicación recibida por parte de su médico/a no había sido clara, a este porcentaje hay que agregar que 5,0% de ellas dijo estar “confundida acerca de lo que debería hacer”, ambas respuestas expresan problemas de comunicación en

la información que habían recibido sobre este problema de salud; el 10,0% seleccionaron la opción “no creo que yo esté corriendo ese riesgo”; y el 5,0% respondió que no había seguido esas recomendaciones porque eso lo dejaba “en manos de Dios”.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres, pues el tamaño muestral se redujo considerablemente al incluirse sólo mujeres informadas y la magnitud de las diferencias era menor.

También se exploró acerca de otro tipo de condiciones que les dificultaba seguir las recomendaciones sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC (gráfico 7).

Gráfico 7. Condiciones que impiden seguir indicaciones médicas



Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo, agosto 2013

En el gráfico 7 se observa que 60,0% de las mujeres informadas señalaron que les faltaba tiempo para llevar a cabo las acciones recomendadas; 15,0% que les faltaba dinero y

otro 15,0% no supo o no pudo contestar; 5,0% mencionaron la falta de cobertura médica (5,0%); y 5,0% se consideraban demasiado viejas o enfermas para cambiar.

También se indagó sobre actividades relacionadas con la atención médica.

Tabla 9. Actividades para mejorar la salud, realizadas por mujeres con y sin información sobre EC

Actividades	Mujeres no vulnerables	Mujeres vulnerables	p
	n=48 (%)	n=92 (%)	
Ir a consulta médica	34 (70,8)	40 (43,5)	0,002
Checarse la presión sanguínea	18 (37,5)	18 (19,6)	0,02
Cambios en la alimentación	27 (56,3)	21 (22,8)	0,001

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 9 se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres no vulnerables y las vulnerables sobre este asunto, ya que las vulnerables habían acudido menos a consulta médica ($p=0,002$), se habían checado con menor frecuencia la presión sanguínea ($p=0,02$) y habían realizado menos cambios en su alimentación ($p=0,001$) que las no vulnerables.

Para estimar las probabilidades de que las mujeres lleven a cabo prácticas de cuidados, se analizan en la tabla 10 actividades relacionadas con la atención médica.

Tabla 10. Prácticas de cuidados de mujeres con y sin información de riesgo coronario

	No	Sí	OR	IC 95%	p
Actividades realizadas por mujeres informadas					
Checarse la presión sanguínea					
Vulnerables	33 (82,5)	7 (17,5)	4,71	(1,53; 14,46)	0,006
No vulnerables	13 (50,0)	13 (50,0)			
Cambios en la alimentación					
Vulnerables	33 (82,5)	7 (17,5)	8,90	(2,02; 28,02)	<0,001
No vulnerables	9 (34,6)	17 (65,4)			
Consulta médica					
Vulnerables	18 (17,5)	22 (55,0)	2,22	(0,76; 6,45)	0,1
No vulnerables	7 (26,9)	19 (73,1)			
Búsqueda atención sanitaria en mujeres con dolor de pecho					
Con y sin información de riesgo coronario					
Vulnerables	14 (48,3)	15 (51,7)	2,10	(0,53; 8,39)	0,2
No vulnerables	4 (30,8)	9 (69,2)			
Con información de riesgo coronario					
Vulnerables	11 (73,3)	4 (26,7)	11,00	(1,60; 75,50)	0,01
No vulnerables	2 (20,0)	8 (80,0)			

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

Se observa en la tabla 10 que entre las mujeres informadas, las no vulnerables tienen más probabilidades de chequearse la presión OR=4,71 (1,53-14,46) p=0,006 y hacer cambios alimentarios OR=8,90 (2,02-28,02) p=0,001 que las vulnerables. En cuanto a la consulta médica, si bien se detecta una probabilidad de 2,2 no es estadísticamente significativa, lo que podría deberse a la disminución del tamaño muestral y que la magnitud de la diferencia entre ambos grupos de mujeres es menor.

Además, en el caso de las mujeres encuestadas que habían padecido dolor de pecho, se aprecia que aunque hay más probabilidades de que las vulnerables no busquen dicha atención en comparación a las no vulnerables QR=2,10 (0,53-8,39) p=0,2; las diferencias no son estadísticamente significativas, por la razón expuesta anteriormente.

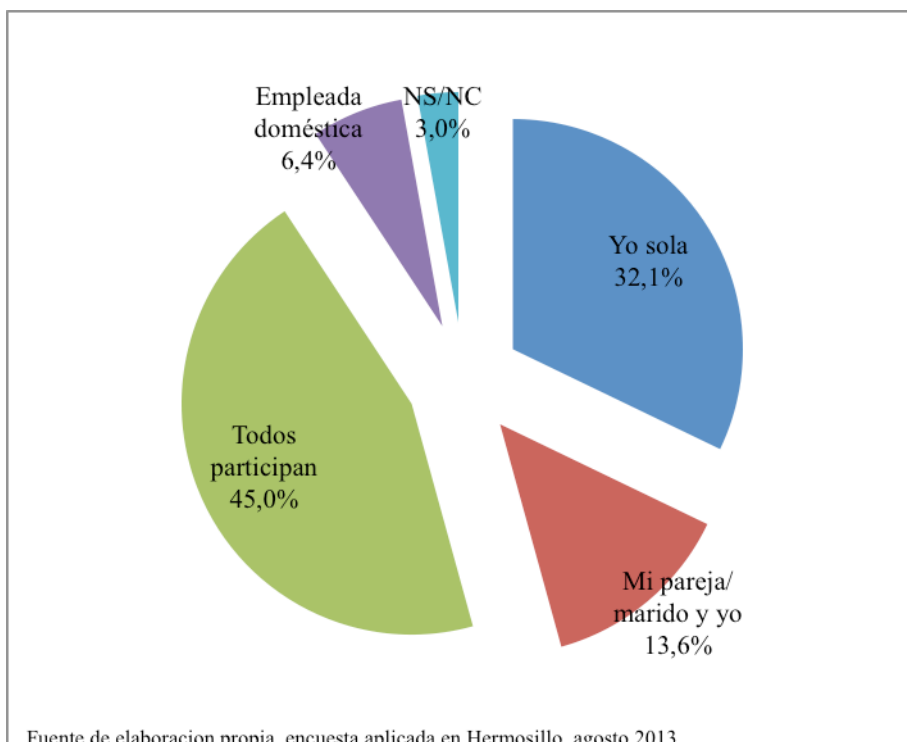
Mientras que al acotar la búsqueda de atención médica sólo de las mujeres con

información sobre EC, se demuestra que las vulnerables informadas tienen 11 veces más probabilidades de no buscar atención médica al padecer un cuadro de dolor de pecho que las no vulnerables informadas: OR=11 (1,6-75,5) p=0,01. Las diferencias son estadísticamente significativas a pesar de que el tamaño muestral se redujo, lo que expresa que es mayor la magnitud de las diferencias entre las variables estudiadas en ambos grupos.

Además se encontró que si bien 41,6% de las mujeres con dolor de pecho acudieron inmediatamente a atención médica, el resto demoró esa búsqueda desde 6-8 horas, hasta meses después de haberlo padecido, lo que al parecer se asocia a la autopercepción del dolor de pecho como problema emocional, a los problemas para identificar los síntomas cardíacos, y al desconocimiento de la misma enfermedad, como se comentó previamente (gráfico 4, tabla 8, gráfico 5).

Por otra parte, se exploró acerca de la distribución de las tareas domésticas, para identificar algunos roles de género que influyen en sus prácticas.

Gráfico 8. Distribución de tareas domésticas



En el gráfico 8 se aprecia que 45,0% de las mujeres mencionaron que las labores domésticas son compartidas por toda la familia; 32,1% lo realizaban solas; 13,6% lo compartían con su pareja; y 6,4% tenían empleada doméstica.

Si bien en este punto no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, si se observó que las derechohabientes de la seguridad social y las usuarias de la SSA señalaron con mayor frecuencia que se encargaban solas del trabajo doméstico.

Se enfatiza que el trabajo reproductivo suele quedar invisible, y no tomarse en cuenta como otro de los factores que influyen en el empoderamiento y en la capacidad de acción de las mujeres; y se desconoce cómo este trabajo rutinario y en muchas ocasiones

extenuante pudiera incidir en la EC.

Con la misma intencionalidad se exploró acerca de sus áreas de satisfacción en vida.

Tabla 11. Áreas de satisfacción en la vida

Lugares de aplicación/áreas de satisfacción	Derechohabientes ISSSTESON	Mujeres COLSON	Usuarias SSA	Jóvenes universitarias
a. Trabajo	15(41,7)	10(83,3)	22(35,5)	21(70,0)
b. Remuneración económica	15(41,7)	10(83,3)	19(30,6)	22(73,3)
c. Sexualidad	14(38,9)	10(83,3)	17(27,4)	21(70,0)
d. Pareja	16(44,4)	10(83,3)	17(27,4)	21(70,0)
e. Familia	29(80,6)	10(83,3)	42(67,7)	26(86,7)
f. Deporte	14(38,9)	10(83,3)	18(29,0)	21(70,0)
g. Otra	2(5,6)	1(8,3)	1(1,6)	---

Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo en agosto, 2013.

En la tabla 11 se aprecia que todas las mujeres señalaron como principal satisfactor a la familia. No se encontraron diferencias entre ambos grupos de mujeres, pero se observa que las más satisfechas son las mujeres con mayores niveles de escolaridad (mujeres con posgrado del COLSON y jóvenes universitarias).

Resalta que en todas las áreas las menos satisfechas son las usuarias de la SSA, lo que viene a sumarse a su menor identificación de los estresores específicos de género presentados en la tabla 8, y a su mayor presencia entre las mujeres que realizan solas el trabajo doméstico (gráfico 8).

Cuando se planificó la encuesta, estos ítems tenían la intención de identificar ideales y premisas de género compartidas por el colectivo, pero el análisis por lugares de aplicación, escolaridad y con base en los dos grupos, permitió establecer diferencias entre las mujeres.

Una explicación reciente sobre la relación entre el estrés y la EC en mujeres, es que

la multiplicidad de roles y jornadas laborales llevan a cambios hemodinámicos que colocan a las mujeres en mayor riesgo de padecer la enfermedad, a lo que contribuye tanto la carga crónica de estrés como eventos nuevos que afectan la respuesta cardiovascular (Terril y cols 2012).

Es evidente con los datos recabados, que hay desinformación sobre riesgo coronario en mujeres, y también que ésta es necesaria pero no es suficiente, para que las mujeres modifiquen sus estilos de vida y/o lleven a cabo prácticas de cuidados en salud. Lo que no le resta importancia a su derecho a ser informadas sobre la EC de mujeres.

Recepción y manejo de información sobre EC

Como se comentó previamente, el 48,5% de las mujeres habían recibido información acerca de cómo reducir el riesgo de padecer EC, siendo el principal transmisor de dicha información el sector salud a través de la consulta médica (20,0%), pláticas en salas de espera o en campañas (18,0%), folletos o carteles (11,0%); los medios masivos de comunicación (18,0%); la combinación de medios (17,0%) y la transmitida por familiares o amistades (11,0%).

Las mujeres vulnerables habían recibido la información principalmente a través de pláticas en salas de espera de los servicios de salud (34,4%) y las no vulnerables en la consulta médica (44,4%). Llama la atención que al analizar por lugares de aplicación, las

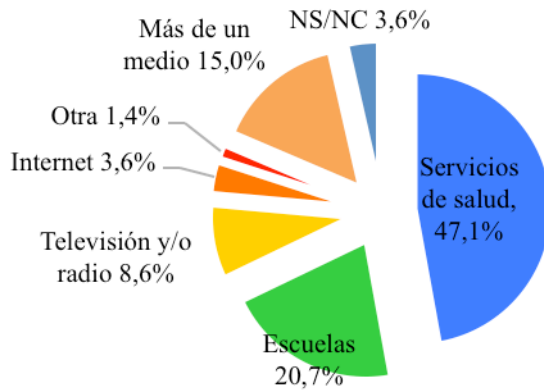
jóvenes universitarias eran las menos informadas, y cuando habían recibido información era principalmente de medios masivos de comunicación y de las escuelas.

El 41,4% de las encuestadas señalaron no haber recibido suficiente información sobre su propio riesgo de padecer EC, a ellas se les solicitó identificar por qué no tenían dicha información, el 69% insistió en que nunca la recibió; el 14% señaló que no se dio cuenta que la información iba dirigida hacia ella, y 6% mencionó “otras” como la “falta de difusión sobre el tema”.

El 97,9% de las mujeres encuestadas señalaron que sí tenían el derecho de *exigir* información al personal médico sobre cómo evitar o reducir el riesgo de padecer EC. Intencionalmente se utilizó el término *exigir* al elaborar el ítem y se observó que si bien respondían que sí tenían ese derecho, algunas dudaban al contestar o restaban contundencia al término, con frases como “*pedir sí ¡pero exigir no!*”; “*¡tanto como exigir!*”; “*sí tengo ese derecho pero... ¿exigir?*”, frases que quedaron asentadas en el diario de campo.

También se encontró que las mujeres consideraban a la EC como una enfermedad prevenible y señalaron que la prevención debería iniciarse desde la infancia (47,9%); en adultas jóvenes (11,7%); en la adolescencia (11,4%); al comenzar la menopausia (3,6%); y después de los 65 años (2,9%). Entonces se interrogó cuál o cuáles eran los medios ideales para que se transmitiera información sobre este problema de salud.

Gráfico 9. Medios para recibir información



Fuente de elaboración propia, encuesta aplicada en Hermosillo, agosto 2013

En el gráfico 9 se observa que las encuestadas señalaron como los medios ideales de transmisión de la información sobre EC a los servicios de salud (47,1%); las escuelas (20,7%); más de un medio (15,0%); medios masivos de comunicación -televisión radio- (8,6%); y el internet (3,6%) (Gráfico 9).

Por último cabe señalar que la pertinencia de incluir en este tipo de herramienta metodológica a diversos grupos de mujeres, como las jóvenes universitarias y las encuestadas del COLSON, en tanto centro escolares y de formación de posgrado, garantizó la presencia de mujeres fuera de los espacios de salud, y con altos niveles de escolaridad, un parámetro a tomar en cuenta ante estas nuevas realidades para las mujeres. Pero además porque se trataba de buscar similitudes y diferencias en el colectivo, y visibilizar que la EC no es sólo un problema de salud de las “otras” sino también de “nosotras” y que hay particularidades diferenciales de género, pero también por estrato socioeconómico, edad, escolaridad y tipo de protección en salud.

Capítulo V. Escuchando la voz de las mujeres

Dar voz a las mujeres como actoras sociales busca recuperar su voz para interpretar los significados profundos de un problema concreto de salud: la enfermedad coronaria. Nos interesa identificar particularidades de género acerca de la percepción de riesgo sobre la enfermedad, comprender cómo son las experiencias vividas con la enfermedad, y las prácticas de cuidados en salud, ante un problema de salud que se construyó inicialmente en varones. La exclusión de las mujeres y de las características de la enfermedad en ellas, las invisibilizó, por eso la pregunta que guía este capítulo es por qué y cómo las diferencias biológicas en la EC se convirtieron en desigualdades de género.

A nivel internacional se está investigando y publicando sobre este problema de salud en mujeres, se reportan avances, pero también se deja de discutir sobre los sesgos de género en la atención cardiovascular, al afirmarse que están superados, lo que se cuestiona al conocerse realidades diversas donde la atención a las mujeres con EC aun es muy limitada, e incluso invisibilizada (Ruiz-Cantero 2015). Esto hace evidente la necesidad de continuar investigando al respecto.

En México aun es incipiente la investigación en el tema; se han trabajado básicamente las características biológicas y las diferencias técnicas en los resultados, pero se ha soslayado el estudio de las diferencias desde el enfoque de género.

Nos interesa enfatizar además que estos vacíos se relacionan con la ciudadanía en salud de las mujeres en varios sentidos. En este capítulo se abordan las interpretaciones de

las mujeres acerca de la EC, a través de conceptos surgidos de los datos recopilados durante las entrevistas en profundidad, así como de conceptos teóricos que hemos presentado en el primer capítulo.

¡Son muy necias!: Percepción y prácticas de cuidados

Los hallazgos muestran que la mayoría de las mujeres entrevistadas no tenían información sobre la EC y aquellas que presentaron algún síntoma, tampoco percibieron sus malestares iniciales como problema cardíaco, atribuyéndolos al cansancio, al trabajo o a situaciones de mucho estrés, relacionados principalmente con problemas familiares y/o económicos.

Sin embargo, por su proceso de socialización de género, ellas se auto-culpabilizan por no haberse percatado del inicio de la EC, por ejemplo, Gabriela, diagnosticada con angina de pecho, decía que las mujeres eran *muy preocuponas* ante problemas de su familia y que no se interesaban *tanto por su salud (porque) así fueron educadas*. Ella narró que atribuyó sus malestares iniciales, consistentes en dolor de pecho, cuello, brazo y *hasta de las uñas* de la mano izquierda, a su trabajo como empleada doméstica, actividades que también llevaba a cabo en su propia casa; y al sufrimiento porque su hijo fue apresado.

En sus palabras se aprecia el proceso de socialización de las mujeres que las lleva a interiorizar los cuidados a “otros” por encima de los propios, pero al mismo tiempo, se auto-culpabilizan por no preocuparse por su salud. Estos mandatos de género, el ser para “los otros”, se va construyendo con una serie de elementos sociales y culturales

relacionados con sus condiciones de vida que moldean tanto la percepción como las prácticas de cuidados, y que en su mayor parte son compartidos por las otras mujeres entrevistadas.

En las narrativas de las entrevistadas es evidente que la subestimación de los síntomas cardíacos iniciales también se reproduce en el campo médico; la mayoría de las mujeres relatan que después de varias *vuelatas* en los servicios de salud, sus médicos/as les han estudiado en forma parcial, y con lentitud; afirman también que desconocen cómo reducir el riesgo de padecer EC y/o cómo vivir bajo estas nuevas condiciones de salud.

En tanto que la menor percepción de riesgo de una enfermedad suele estar asociada a la información médica sobre la misma, para el caso de la EC también se relaciona con la menor visibilización de la enfermedad en mujeres (Valls-Lobet 2006). Por ejemplo, Elsa narra que su padre y varios familiares (padre, hermano, tío y tía) habían padecido del corazón, y que ella se preocupó durante muchos años ante la posibilidad de enfermar del corazón, pero su médico le aseguraba que no estaba en riesgo. Sin embargo, ella fue diagnosticada a los 80 años con angina de pecho:

“... le preguntaba al que era mi doctor si podía tener problemas del corazón, pero ¡me decía que no!... mucha de mi familia murió del corazón, mi papá murió del corazón y entonces -te digo-, yo estaba con la idea de que ¡yo me iba a morir del corazón! y no sé... ¿verdad?... Pero entonces este doctor, ¡me decía que no tenía nada que ver! y... pues de eso... ¡se me olvidó!, ¡se me olvidó!...” (Elsa 80 años, angina de pecho)

Así como Elsa refiere esto, otras entrevistadas se expresaron en el mismo sentido, lo que constata la menor visibilidad de la EC de mujeres y su subestimación en la población femenina. En casos en los que las mujeres sí estaban informadas sobre la EC, particularmente las que trabajaban en el sector salud, la posibilidad de enfermar del corazón

no formaba parte de sus preocupaciones inmediatas, centradas en cumplir con ideales de género altamente exigentes, como ser madres, esposas y trabajadoras. Al respecto Irene relata sobre esto:

Lucero: ¿Sabías que estabas en riesgo de padecer del corazón?

Irene: ¡Sí! ¡Pero nunca lo tenía en mente!, ¡sí!... ¡sí! ¡Por conocimiento médico! ¿no?, que podía estar en riesgo... ¡sí! ¿Por qué? Porque yo me conocía de... estresada, mis actividades...

Lucero: ¿Habías tomado algunas medidas tratando de disminuir el riesgo de padecer problemas cardíacos?

Irene: ¡Me tomó por sorpresa!, ¡que me llegara así, a la rayita me cayó por sorpresa! (Irene 57 años, infarto agudo al miocardio)

Si bien la información es necesaria, no es suficiente para que se tomen acciones en salud, ya que hay un complejo entramado de creencias, comportamientos, condiciones de vida y mandatos de género, que interactúan con la información vertida desde la medicina. Para generar cambios, señala Vygotsky (1995), la información requiere de un proceso de apropiación como conocimiento que remueva estructuras mentales, esto es, sea asimilada y transformada en base a las experiencias previas, para que adquiera sentido y significado.

Además, la relación que establece cada mujer con su propio cuerpo se expresa con un *dejarse a lo último* ante prioridades que marcan sus vidas en la cotidianidad, y que se relacionan con patrones de género y con su realidad social. Más allá de la clase social, nivel educativo y situación laboral, predominan mandatos de género sobre las propias necesidades en salud.

Las mujeres describieron que a su llegada a los servicios de salud, el personal médico con frecuencia subestimaba sus primeros síntomas coronarios. Por ejemplo Lorena narró que no percibió su enfermedad hasta que en forma súbita sintió algunos malestares mientras cuidaba a su hermano en un hospital. Aunque unas 3 horas después recibió atención

sanitaria, inicialmente la médica le dijo *-son muy necias-* porque no describía los síntomas “típicos” de la enfermedad. En sus palabras:

“... a mí me dicen muchos, que si ¿cómo te dolió?, es que digo -¡a mí no me dolió! ¡No me dolió! ¡En ningún momento sentí dolor!, pero no sabía...yo no... no sé cómo estuvo, que el caso es que... creo que empecé a sentir el brazo pesado, pero no dolor, entonces ya me dijeron que ¿te duele?, pero les decía yo ¡que no! ¡No me dolía!... la médica de repente se exasperó, ¡ay! -dijo- ¡son muy necias!...” (Lorena 56 años, infarto agudo al miocardio)

La médica dirigía intencionalmente su interrogatorio para que los malestares de Lorena expresaran el cuadro “típico” de la EC, donde el dolor precordial es el signo pivote, tal como se describe en los hombres (Valls-Lobet 2006).

En otros casos de mujeres ya diagnosticadas con EC, se minimizaban los malestares o las pacientes recibían información contradictoria por parte del personal médico, de medicina general y de cardiología, lo que les dificultaba la comprensión de las repercusiones de la enfermedad y contribuía a la descalificación de sus malestares.

Sin embargo, ellas la vivían desde una auto-culpabilización que incorporaba el discurso médico, encarnando en el *habitus paciente obediente* esa violencia simbólica que en tanto invisible (Bourdieu 2012) no se cuestiona y que las llevaba a considerar que sus condiciones de salud se debían a que eran “descuidadas”, dado que cuando acudían a atención médica, se les enfatizaba que era su responsabilidad “cuidarse”, acotando la salud personal a la conducta individual. Este tipo de acercamiento del personal médico, tiene como trasfondo no consciente la salud persecutoria con su dejo de responsabilidad y culpa, como la describen Castiel y Alvarez-Dardet (2010).

Las mujeres se referían a sí mismas como “dejada” o “ignorante”, y aseguraban que

por *desidia* habían dejado avanzar la enfermedad, términos que aluden a sus condiciones de vida tanto individuales como socioculturales (Aranda 2010) y particularmente, a sus condiciones de género, que afectan a una detección oportuna de la enfermedad, o sus primeros síntomas.

Se ha documentado, como lo hemos venido señalando, que las mujeres demoran mucho más la búsqueda de atención que los varones, cuando presentan síntomas de EC (Solorio y cols 2007, Pramparo 2013). En las narrativas se identificó que estas prácticas son comunes, lo que se sintetiza con la expresión “*ahí despuesito, al cabo qué*”, refiriéndose a que ellas se habían dejado a *lo último*, la mayoría bajo el argumento de atender primero al resto de la familia. Gabriela contó sobre esto:

“... de repente me... ¡me dolía el brazo!, ¡y me dolía el brazo!, ¡y me dolía el brazo!... y luego acá (tocando el pecho) se me... ¡como que unas taquicardias muy fuertes!, ¡muy fuertes! y de repente ya me desganzaba, se me acababan las fuerzas, pero no era seguidito... me volvía al tiempo, a lo mejor eso fue lo que... que yo tuviera tanta... ¿cómo dicen? ¡Dejades! y también pues sí ¡tanto el trabajo a la mejor que!... ¡no! ¡hay después!, ¡hay después! –dice uno- ¡ahí despuesito, al cabo qué!... (Gabriela 62 años, angina de pecho)

Si bien las condiciones de vida precarias de Gabriela refieren a condiciones de vida difíciles, hay también un sentido de menor valía de sí misma, como se observa en la narrativa, auto-culpándose y tratando de justificarse. Sin embargo, en otro momento de la entrevista narró que había hecho *trampas*, al pedir que una ambulancia de la Cruz Roja la llevara a urgencias, para que el personal paramédico explicara su problema al personal médico y así le hicieran *caso*. Esto refleja sus experiencias previas de acercamiento al personal de salud y las negativas que había recibido.

También señaló que después de ser diagnosticada en el servicio de urgencias del hospital, el cuadro fue minimizado en medicina general diciéndole que su problema *no era*

tan grave y que no le dieron importancia. Pasados 8 años y como el cuadro había avanzado, fue remitida a cardiología, y al momento de la entrevista empezaba a ser atendida en ese servicio.

En algunos casos la demora para atender el problema cardíaco se dio en mujeres que tenían contactos frecuentes con el personal de salud, pero que no percibieron sus malestares como cardíacos, hasta que intervino una tercera persona, como cuenta Elsa:

“...sentía ¡esa opresión!... y me paraba y descansaba ¡y ya!, pero como que se me fue..., ¡agravando!... y si mi hija no prende la luz roja ¡hubiera seguido en la ignorancia! tenía como tres meses... ¡sí, como tres meses!... le dije (a su hija) si camino así muchito me da un dolor, -¿dónde?- Aquí (señalando el pecho)... y ya fue la alerta... al día siguiente con el médico...” (Elsa 80 años, angina de pecho)

Cabe señalar, que Elsa tenía acceso a la seguridad social y acudía mensualmente a consulta médica para surtir medicamentos porque padecía de osteoporosis, problemas de la columna vertebral e hipertensión arterial. Sin embargo, no comunicó sus nuevos malestares al personal de salud, pues dijo que acudía a consulta para la obtención de recetas, y no necesariamente para consultar propiamente, es decir, consultar dudas o expresar nuevas molestias. Esta mecánica la sostuvo durante muchos años y cuando sufrió el evento más grave, se auto-culpó al considerar que por *ignorancia* no había hablado de sus malestares y que eso había demorado la atención de su problema cardíaco.

Otro motivo de demora se asocia a las condiciones de vida de las mujeres, entre ellas, el desempoderamiento en sus relaciones de pareja, como lo expresa Patricia:

“... estaba dormida y yo sentía que me dolía mucho, que esto se me hacía así (señala opresión de pecho) mire yo empecé como a las doce-una de la noche y así amanecí, yo no podía decir ¡nada ni nada! porque mi marido era muy... ¡canijo! (SIC)... (Patricia 85 años, infarto cardíaco)

Patricia contó que demoró la búsqueda de atención médica, por temor a despertar a su

esposo que la violentaba, y cuando pudo acudir a consulta no había personal médico y finalmente la atención se postergó porque el cónyuge no aceptaba hacerse cargo del costo económico de la enfermedad.

Un patrón que podemos considerar común entre la mayoría de nuestras entrevistadas, es la demora en la búsqueda de atención, como hemos venido señalando, y que esto obedece a varias situaciones y razones, resumidos en el cuadro 5.

Cuadro 5. Razones de la demora en la búsqueda de atención médica

Seudónimo Edad Diagnóstico	Tiempo transcurrido síntoma/atención médica	Razones de la demora
Elsa, 80 años Angina de pecho	3 meses	Falta de conocimientos sobre la EC de mujeres
Lorena, 56 años Infarto	3-4 horas	Falta de tiempo para sí misma por atender a “otros”
Gloria, 52 años. Cardiopatía isquémica	10 horas	El trabajo
Irene, 57 años. IAM	4-5 horas	La sumatoria de roles y jornadas
Emma, 55 años. Angina de pecho	2-3 semanas	Menor percepción de los malestares como cardíacos
Minerva, 55 años. Infarto	8 horas	Descalificación de los malestares de las mujeres en la esfera privada (cónyuge y familia)
Josefina, 75 años. Angina de pecho	5 meses	Malas experiencias en los servicios de salud
Patricia, 85 años. Infarto	12 horas	La violencia de género
Gabriela, 62 años. Angina de pecho	2 años	Las condiciones de vida

Fuente de elaboración propia, entrevistas en profundidad aplicadas en Hermosillo, 2014.

Una razón esgrimida frecuentemente es la del cuidado de otros: sus hijos, su pareja y/o sus padres. Una más se relaciona con sus ocupaciones para obtener ingresos, ya sea porque eran las responsables de la manutención de sus hijos/as, o porque tenían la necesidad de contribuir a la economía familiar. En otros casos se evidencia la menor

percepción de sus malestares como cardíacos, generalmente asociado a la falta de información sobre la EC de mujeres.

Los hallazgos también muestran que hay casos en que la demora se debe a malas experiencias en los servicios de salud, como en el caso de Josefina. Ella empezó a sentirse cansada, y que ya no podía caminar hasta su casa sin tener que pararse *a tomar aire*, 5 meses después acudió a un centro de salud cercano a su domicilio, donde un médico le diagnosticó caries dental y la mandó a *arreglarse* las muelas. De manera que ella empezó a *juntar dinero* para atender ese problema, pero conforme pasaban los meses y su salud empeoraba, decidió cambiar de unidad médica y acudió al IMSS, ya que contaba con ese servicio, y ahí le solicitaron estudios para indagar problemas coronarios, pero no se los hizo por *no tener que madrugar a sacar cita*, aunque describió varios intentos fallidos en los que después de hacer cola les comunicaban que *no alcanzaron las fichas* para todos.

Cuando regresa al IMSS (8-9 meses después), le dice a la médica *siento que voy a soltar el corazón*, y empiezan de nuevo a hacerle estudios con la promesa de acelerar y facilitar sus citas. Josefina se auto-culpa por *no atenderse a tiempo* del problema cardíaco, por “*descuidada*”. Como vemos en su testimonio, esa responsabilidad es compartida, dadas sus experiencias negativas con el médico y con la institución, pero ella no lo reconoce así. Además, su caso muestra la alta tolerancia al malestar y al dolor, a los que las mujeres están más acostumbradas o son más “*aguantadoras*”, como lo expresaban las entrevistadas, y que remite a la socialización de género refrendada en la idea de la sumisión y aguante de la mujer en múltiples aspectos, incluyendo sus malestares.

En el caso de Emma dice que el retardo en la atención a su problema cardiológico obedece a que “... *tal vez se dieron cuenta desde un principio que yo tenía eso, pero,*

pero... no se enfocaron en eso, en curarme eso, sino en la otra enfermedad que tengo que es de los riñones". De esta manera no solo invisibiliza el retardo en los procedimientos diagnósticos y en la atención específica de la EC, sino que atenúa la responsabilidad del personal médico en este asunto.

Con las mujeres que presentaron IAM, el tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro y la búsqueda de atención médica fue más corto que en las mujeres con angina de pecho. Por ejemplo Irene, tras un largo día de mucha actividad, relató que además del cansancio sintió *un poco de opresión y disnea* (falta de aire), por lo que se acostó a dormir y cuando el dolor la despertó tuvo la de sensación de muerte inminente. Aunque tiene entrenamiento médico, Irene no asoció sus primeros malestares con un problema cardíaco, ya que los atribuyó a la carga laboral y doméstica que llevaba a cuestas.

Mientras que Gloria, no se *sentía bien* desde antes de empezar a trabajar en el turno nocturno de un hospital público, pues sentía *la cabeza así muy volada*, sin embargo siguió trabajando toda la noche, hasta que alrededor de las 5 de la mañana ya no *aguantó* y pidió ayuda a sus compañeras enfermeras, quienes la llevaron a urgencias, donde le dijeron:

"... que el electro me había salido con cambios, -te salió con cambios y te vamos... te vas a quedar aquí para estarte... para revisarte-pero ¿qué cambios? le decía, -unos cambiecitos ahí- me dijo, ¡no pues dígame que cambios, porque son muchos los cambios!, y ya de tanto decirle me dijo, -¿sabes qué? parece que estás infartada, te vamos a tomar laboratorios y a ver que sale- y ahí fue cuando me solté llorando..."
(Gloria, 52 años, cardiopatía isquémica)

Otro motivo relevante para algunas de ellas fue la violencia ejercida por sus parejas, por ejemplo, Minerva dice que su atención médica se demoró por la descalificación de sus malestares por parte del cónyuge y sus hermanos, ya que consideraron que ella *fingía*

sentirse mal, manifestación de la violencia y los procesos de descalificación sostenida en este y en otros momentos de su vida, descritos detalladamente por Minerva. El retraso se incrementó por problemas de acceso a los servicios de salud, ya que cuando presentó sus síntomas iniciales estaba en un lugar distante y sin unidad médica.

En cuanto a Emma, recuerda el inicio del cuadro coronario al realizar las labores domésticas, ya que *no podía tender la ropa*. Unas semanas después acudió a consulta de medicina general, donde le hicieron diversos estudios pero no le explicaron cuál era su enfermedad. Transcurridos 2 años fue remitida a cardiología y tiene por primera vez una comunicación verbal sobre su padecimiento cardíaco, en sus palabras:

“... una vez que fui con el cardiólogo (2 años después) me dijo -¿sabía usted qué tiene angina de pecho?- pues no doctor, ni me habían avisado, ni me dijeron nada, todo nomás me lo daban así... sino que en los papeles, ya cuando me los dieron y empecé a leer... ¡ah, dije yo, cuántas cosas tengo!, -dije yo-, porque tenía la angina de pecho, y luego tenía la presión muy alta y luego tenía, deste (SIC)... insuficiencia renal crónica y luego otra cosa, ¡no sé que más me salió!, y dije yo ¡ay Diosito santo!, ¿pues qué es esto?...” (Emma 55 años, angina de pecho)

Con estos datos es posible identificar otras particularidades de la búsqueda de atención médica de las mujeres. Por ejemplo, se observa que cuando el cuadro es de presentación insidiosa, hay más posibilidades de que las mujeres atribuyan los malestares a actividades cotidianas como las labores domésticas, de crianza y de cuidados, mismas que con frecuencia continúan haciendo después de iniciar con síntomas, aunque sea de *poquito en poquito*.

Llama la atención que ninguna de las mujeres que sufrió un infarto, percibió los síntomas iniciales, es decir, que se percataron de la enfermedad hasta que se agravó y se presentó en forma súbita. Tal vez porque estaban en *una carrera sin freno*, como lo refirió Gloria, no podían parar de trabajar y de cuidar a “otros” por encima de su propio cuidado,

reproduciendo roles y patrones de género, y porque, como se ha documentado, los síntomas son diferentes a lo que social y comúnmente se conoce, también se ha reportado que las mujeres viven más, con una calidad de vida más limitada (Lozano y cols 2013).

Las experiencias de las mujeres relacionadas con el sector salud y las que están fuera de este sector son diferentes, ya que mientras las trabajadoras del sector salud y Lorena - cuya hermana es jefa de enfermeras en un hospital- fueron diagnosticadas con estudios específicos y atendidas inmediatamente a su llegada a los servicios de salud; las otras mujeres, sobre todo las de sectores populares, manifestaron con mayor frecuencia que sus síntomas fueron minimizados por el personal médico y al momento de la entrevista, no se les habían realizado estudios diagnósticos específicos. Expresión de una cultura basada en la pertenencia al gremio médico y afines, que otorga privilegios a quienes lo conforman.

Después de emitido el diagnóstico, el personal médico recomienda una serie de cuidados a las mujeres. Sin embargo, según expresaron las entrevistadas, dichas indicaciones en ocasiones no pueden ser atendidas completamente debido a diversos factores.

Cambios en los estilos de vida: ¡No puede ser tan drástico!

Una de las principales indicaciones médicas que reciben las mujeres entrevistadas, es que deben “*cambiar sus estilos de vida*”, principalmente en relación a patrones alimentarios, bajar de peso corporal y hacer ejercicio rutinariamente. Al respecto, ellas narran que les es difícil seguir recomendaciones *estrictas o prohibitivas*, en sentido

autoritario y normativo, es decir el deber ser de lo que se puede o no hacer en la vida cotidiana, como dice Irene:

“...;no puede ser tan drástico!, también (eso) te afecta la salud, cuando eres estricto ¡te afecta la salud!, cuando hay eso, eso de que –¡usted tiene que hacer eso!- muy de nosotros los médicos, -¡si no se va a morir!- ¿no es cierto?..” (Irene 57 años, IAM)

Como médica y paciente, y sobre todo en éste último estatus -haber sido tratada como paciente-, Irene cuestionó la sujeción de que ha sido objeto durante su enfermedad cardíaca, la invasión y el control médico sobre su vida diaria y espacios vitales, en la mesa -qué comer y en qué cantidad-, la cama -cuándo podía volver a tener relaciones sexuales-, la afectación de sus emociones –crisis de ansiedad tratadas únicamente con ansiolíticos-, y finalmente el trabajo, se le obligó a someterse a un procedimiento riesgoso que la hizo sentirse al borde de la muerte, para dictaminar su situación laboral, en sus palabras:

*“... dijeron que era necesario hacerme la prueba de esfuerzo con medicamentos por como estaban todavía mis condiciones, para poder ver si me iban a pensionar por invalidez, porque me veía todavía muy disneica (falta de aire), traía todavía la traqueotomía, o sea ¡si estaba jodidona (SIC) todavía físicamente!... pues fui a la prueba de esfuerzo, ¡te digo que casi me moría en la prueba!, en la pura prueba sentí que me había vuelto a enfermar ¿no? ¡Ay! -le dije- y me dijo –¡pero es súper necesario, tienes que terminarla para poder hacer todo lo demás!- entonces yo dije – bueno, ¡aguántate Irene!- ¡Qué gacho! ¿Por qué me tengo que aguantar? ¿por qué me tuve que aguantar?. Y eso lo reclamé directamente primero al médico que me hizo el estudio y segundo al cardiólogo, le dije –¡casi me enviaste a morirme otra vez!, tus pruebas serán muy eficientes para decir que si profundo, que un pedacito no perfunde y que tengo una fracción de eyección- pero no...¿no habría otra mecánica para..? - ¡no, no!-, -¡claro que sí! ¿por qué me obligaste a hacer ésta?- ¡si ahí sí sentí que me mandaban al matadero!... es lo que te digo de la **obediencia** relativa ¡yo podía haberme negado a haberme hecho esa prueba!, aun así me la hice y todavía ¡me aguanté! (Irene 57 años, IAM)*

Además del disciplinamiento a la autoridad médica, este testimonio expresa que Irene fue sometida a un abuso terapéutico, al realizarle un estudio de mucho riesgo que incluso puede estar contraindicado después de un IAM, de acuerdo al American College of

Cardiology (ACC/AHA 2002), y que no tenía como meta mejorar su salud, sino un dictamen laboral.

Las entrevistadas también narran que hacen *trampas* ante las prohibiciones médicas, reflejando procesos de resistencia. Por ejemplo, en relación a la dieta, la mayoría dice que es muy difícil llevar a cabo dichas recomendaciones. A veces porque son muy restrictivas, en otras ocasiones por la carestía de los alimentos que les recomiendan. Recordemos que algunas de las mujeres entrevistadas, pertenecen a estratos sociales precarios, y como dice Emma las dietas afectan la economía de su familia:

“...a veces no se puede y hay veces que sí,... que no hay y pos (SIC) ¡comes lo que tienes! ¿no?... porque son muy caras las dietas, ¡muy caro! ¡No! pa’una (SIC) gente que gana un mínimo ¡es carísimo eso! Sí... si estuviera uno deshogado (SIC), que tuviera dinero como para... pero por qué, porque... ¡es caro lo de la comida! y todo lo que se gana... es pura comedera (SIC)...porque a veces no puede ni comprar algo que necesites, ¡No!, no, no hay la manera...” (Emma 55 años, angina de pecho)

Además, las indicaciones médicas sobre los cambios en la alimentación hacen énfasis en la responsabilidad individual de las mujeres, sin considerar la importancia de las costumbres, creencias, rechazos, preferencias, patrones de consumo (cantidad, dinero, distribución intrafamiliar) y aceptación de los alimentos (Latham 2002), que no pueden ser cambiados en forma automática ni autoritaria. Las narrativas concuerdan con lo que se asienta en el libro *Nutrición Humana en el mundo en desarrollo* editado por la FAO “... desgraciadamente, la tendencia de escoger alimentos o nutrientes sea para promoverlos o para prohibirlos, no ha desaparecido, como tampoco la tendencia a tratar de enseñar mediante el temor y quitando el placer de comer” (Ibíd., 4).

En relación a los medicamentos, la mayoría de ellas trata de seguir las indicaciones médicas en los horarios prescritos, siempre y cuando los fármacos les sean surtidos en los servicios médicos a los que acuden, pues uno de los obstáculos es la carencia de

suministros médicos, lo que es más evidente con las mujeres que no tienen seguridad social y acuden a las unidades médicas afiliadas al seguro popular. Patricia cuenta al respecto:

“Tengo seguro popular que ¡es mucha batalla!, porque ¡nunca hay medicinas!, ahorita en las instituciones están muy escasas las medicinas, y hay veces que no las hay y... ¡batallan mucho pues mis hijas!, yo no salgo de aquí (de su casa) para conseguir las medicinas... pero el seguro popular casi no tiene medicinas, ni en el hospital (General del Estado)...” (Patricia 85 años, infarto cardíaco)

La adherencia al tratamiento farmacológico se ve afectada por las condiciones de vida en cuanto a sus precarios ingresos para comprar los medicamentos, pero también por otras condiciones. En un primer momento todas las entrevistadas dijeron que seguían las prescripciones sin problemas, sin embargo, las mujeres expresaron resistencias, negociadas o no con el personal médico. Por ejemplo, Lorena, Irene y Minerva, dijeron que les habían recetado múltiples medicamentos, pero que habían alternado, espaciado o suspendido fármacos. A veces porque se sintieron confundidas o temerosas por recibir indicaciones contradictorias por parte de médicos/as diferentes.

Por ejemplo, Lorena que estuvo hospitalizada por IAM, cuenta que a los días de ser egresada, presentó un síncope (pérdida súbita del estado de consciencia), y al ser llevada de emergencia a un hospital, el cardiólogo suspendió uno de los medicamentos pues consideró que posiblemente había desencadenado ese problema. Pero cuando acudió a consulta médica en la institución pública a la que tiene derecho, fue *regañada* por dejar de tomar dicho fármaco. Ante esta situación decidió continuar con el medicamento en cuestión, disminuyendo la dosis por temor a sufrir otro cuadro similar, pero sin atreverse a cuestionar la indicación para evitar ser maltratada en citas subsecuentes. Ella narró este episodio:

“últimamente he rezongado mucho de los servicios del Instituto, ya salí del hospital del ISSSTE con la cita para el cardiólogo, el mes pasado vine a la cita, me atendió ¡me regañó nomás el doctor!, o sea el doctor del (hospital privado), quitó un medicamento, porque dijo que (el síncope) se había debido a tanto medicamento que

me habían dejado, que porque se contraponía uno con otro ¡no sé! el caso es que me lo quitó y yo me empecé a sentirme bien, porque curiosamente cuando yo salí del ISSSTE me sentía rara... yo pensaba de repente ¡es que a lo mejor cuando mi cuerpo se adapte a tanto medicamento, ya me voy a sentir bien!. Pues me la quitaron y agarré mi ritmo otra vez. Entonces a mi me lo quitó un cardiólogo ¿eh?... pero en la cita (institucional), el cardiólogo nomás me dijo ¡es que debe de cuidarse! y yo le dije –me tomo esto, pero la otra no la estoy tomando porque...- pero no me dejaba decirle... – ¡No! ¡es que tú no (hables)! ¡ahorita yo le voy a preguntar a ver qué tuvo y qué no tuvo-... cuando por fin me dijo -¿y por qué no se la está tomando?- Porque me la quitaron -le dije-, entonces yo sentí que yo no... o sea... por el tipo de problema ¡yo no me la puedo tomar nomás así porque diga!... pero bueno ¡me la voy a tomar a ver qué resulta! ¿no?. Entonces le digo -pero si usted me dice que me la tengo que tomar, la empiezo a tomar y se acabó ¿no?- Entonces me la empecé a tomar así con... miedito... un día sí y otro no” (Lorena 56 años, IAM).

En el caso de Minerva describió que cuando estaba internada por dolor de pecho en urgencias, escuchó comentar entre el grupo médico que pasaba la visita de revisión, que ella tenía un infarto, pero en el documento de egreso y las recetas se consignó como diagnóstico angina de pecho. También dice que no recibió información directa sobre la enfermedad y ante la persistencia del dolor, su familia decidió llevarla con un neurólogo que le prescribió ansiolíticos, atribuyendo sus malestares a problemas emocionales, hasta que empezó con efectos secundarios, ya que “... *andaba bien mariguana, bien loca, me les salía, me les iba, una gritona andaba por todos lados*”, entonces su hija decidió suspender el ansiolítico con lo que cesó este último cuadro. Ella continuó con su tratamiento para el problema cardíaco en el Centro de Salud.

Es importante enfatizar que la mayoría de las mujeres diagnosticadas refieren episodios de ansiedad tras conocer su diagnóstico, el problema es que estos cuadros son tratadas sólo con fármacos, sin que reciban apoyo psicológico para una enfermedad que de por sí causa angustia, ya que se relaciona con cansancio, debilidad y muerte (Ledón 2011). Hay reportes en la literatura sobre el uso frecuente de ansiolíticos en mujeres que acuden a

los servicios de salud con malestares “inespecíficos” (Tajer 2003, 2009, Valls-Lobet 2009).

De acuerdo a los datos obtenidos, la prescripción de ansiolíticos continúa aun cuando ya está diagnosticada la EC, Irene narra sobre esta práctica:

Irene: “Soy médico y hay cosas que digo yo ¡ah!, que uno las siente realmente -aunque ellos (los médicos) digan que no- por ejemplo, a mí me cayeron como bomba... al principio llegué a tomar 87 pastillas ¡no exagero!, todos los antiarrítmicos, antihipertensivos, me checaban el azúcar, me daban para la tiroides, que ya no tomo nada de eso ¡eh?... me daban antidepresivos, me daban ansiolíticos

Lucero: ¿Todavía tomas ansiolíticos?

Irene: ¡No, no!... aunque mi amigo, el psiquiatra de toda la vida dice -yo no entiendo por qué los médicos no quieren tomar ansiolíticos-, una de las veces que volví a pisar urgencias del CIMA (hospital privado), me dijo un enfermero ¡ni siquiera un médico! me dijo -doctora, ¿ha tomado consciencia de lo que le pasó? ¿por qué cree que está ahorita aquí? Usted tiene ahorita una crisis de ansiedad, pero es que es lógico, vea todo lo que pasó- y ahí hice consciencia ¡es cierto!... ¡y he llegado a tomarlos... aunque tengo mucha susceptibilidad a que las drogas, a su dosis me caigan como bomba a mí... pero entonces voy y pido que me den una cajita, pero pues no... hasta se me caducó... voy a pedir otra... ¡no ya no!... aunque debo de tomar de repente, que siento que hago disnea (problemas para respirar) por ansiedad...” (Irene, 57 años IAM)

La EC y más notoriamente cuando se trata de IAM por el grado de severidad, el acompañamiento en el evento agudo de la sensación de muerte inminente, y las vivencias durante el internamiento en terapia intensiva, tiene connotaciones profundas para las mujeres, tanto por la pérdida de identidad al pasar de ser sanas a enfermas, como por los cambios en sus roles sociales, y por las limitaciones que lleva consigo el diagnóstico (Rincón 2013).

Todas estas vivencias pueden incidir en la presentación de crisis de ansiedad, máxime si no hay acompañamiento emocional durante el proceso de rehabilitación, el problema es que la prescripción de ansiolíticos por sí sola, no es suficiente para ayudarlas y sí las expone a más efectos secundarios, como dijo Irene, llegan a ser parte de una *bomba* que les incrementa su sensación de inseguridad y debilidad.

Otra indicación insistente de parte del personal médico, según narraron las mujeres, era hacer ejercicio físico paulatino y salían a caminar, sin tener muy claro las distancias, tiempos y maneras en que debían llevar a cabo esa actividad. Ellas dicen que no existe o no conocen en las instituciones a las que acuden, programas de rehabilitación cardíaca, que las reincorpore paulatinamente a la actividad física y a su vida cotidiana.

A lo largo de las narrativas se constata que las mujeres están limitadas en la toma de decisiones en salud por situaciones y motivos tan diversos como la falta de información oportuna, clara y veraz sobre la EC; la socialización de género, su ser para “otros” antes que para sí, sus condiciones de vida, el acceso diferenciado a recursos en salud, la falta de poder en el campo médico, su doble posición de subordinación como mujeres-pacientes, y también porque no se posibilita la toma de decisiones informadas por parte del personal médico.

Dichas situaciones representan limitantes estructurales para sus acciones y son importantes para analizar el proceso de apropiación de derechos, es decir, cuando las mujeres pasan de ser objeto de derechos en las leyes, a sujetas de derechos en la práctica, asuntos que remite a los recursos, al poder y a las condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos.

La gente latosa y los derechos en salud

De acuerdo a las mujeres entrevistadas, cuando acuden a los servicios médicos, el

personal que las atiende les da indicaciones sobre lo que *deben* hacer para mejorar su salud, esto es, el sentido normativo en el discurso médico, *la lógica de la lógica* en palabras de Bourdieu; se transfiere las acciones en salud a la esfera conductual personal y se culpabiliza por las inacciones, es decir no atiende a *la lógica de las prácticas*, en palabras de Bourdieu. Además generalmente no se fomenta que sean ellas las que decidan acerca de su enfermedad, o expresen lo que quisieran saber acerca de la misma, como dice Josefina:

*“¡Es como los maestros!, vamos a suponer... los maestros si no les ponen una atención en los niños... va y les dice uno –oiga maestro esto y ¡el niño no sabe nada! pues... ¡toman la represalia con los niños!... yo digo que ¡así toman la represalia con el paciente!, aunque el paciente les esté pagando... el trabajador ¡toman la represalia!, tiene uno que andarles haciendo la barba ahí... ¡es cierto!, dígame que no... ¡así es!... han pasado esos casos ya, en los hospitales si la gente les reclama ¡no la atienden! –viene **la gente latosa**, no la atiendo- y en los trabajos es la misma, si la gente se pone pesada también ¡va pa’fuera!, tiene uno que... y es lo malo pues, que se tiene que callar uno y no debería de callarse, expresar los sentimientos, expresar lo que siente... sí me gustaría a mí tomar decisiones y decirles ¿saben qué? necesitaríamos una plática que nos dieran... que nos explicaran cómo es esa enfermedad” (Josefina 75 años, angina de pecho)*

El temor a las represalias es la expresión de la falta de poder en el encuentro con el personal médico, además para evitar ser considerada “*latosa*” o difícil, como suele describirse en la literatura médica (Rodríguez y cols 2013), dice Josefina que es necesario agradar y estimular el ego de quienes la atienden, *-hacer la barba-*, pero no tomar decisiones, aunque *le gustaría* decirles que le explicaran sobre su enfermedad. De esta forma el ejercicio del derecho a tomar decisiones informadas queda como una aspiración.

Y si bien tratan de “*obedecer*” lo más puntualmente posible las indicaciones, como se comentó previamente, esto no se da sin procesos de resistencia, las *trampas* que son silenciadas frente al personal médico, en parte por no encontrar el momento de comunicarlas ante la pérdida de sus voces y el disciplinamiento de sus conductas y proceder

en un espacio que les es ajeno, pero también por el temor a las *represalias* y a los *regañones* que en tanto violencia simbólica (Bourdieu 2002) no nombrada se silencia y se instala en el sentido común y en la cultura que se habita como mujeres (Águila 2012).

Las mujeres entrevistadas, independientemente de su edad, estrato socioeconómico, nivel educativo y situación laboral, consideran que hace falta informar a las mujeres acerca de la EC, tanto antes como después de enfermar. Lorena narra:

“... pues es que en realidad a ti como paciente ¡no te dicen mucho!... cuando fui a consulta... ¡nada, nada!... el cardiólogo me decía ¡que no!, ¡que sí!... me decía -yo quiero que te vea el otro cardiólogo –que porque fue el que me dio de alta- y ya cuando fui con X nomás me dijo, –¡es que no, señora, usted tuvo algo muy serio!-, pero nomás...”

Lucero: ¿Has tratado de entender lo que te pasó, exigiéndoles información?

Lorena: Pues sí de repente... yo les digo a mis hermanas, o sea ¡yo no tengo miedo pues!, yo digo... yo digo... cuando te toque te va a tocar pues, independientemente de lo que sea y... ¡no!... (Lorena, 56 años, IAM)

Ella desearía tener la información pero no pasó a la acción, ya que cuando fue a cardiología se le disciplinó diciéndole que sólo podía hablar cuando se le indicara y para responder a las preguntas del médico

“le dije –me estoy tomando esto y sigo tomando esto y esto, pero la otra no la estoy tomando, me la quitaron por... ¡pero no me dejaba decirle! -¡No! ¡es que tú no (hables)! ¡ahorita yo le voy a preguntar a ver qué tuvo y qué no tuvo!- (Lorena, 56 años, IAM)

En otro momento de la entrevista Lorena incluso expresó que *mal que bien* ella ya había vivido, expresando su resignación a la fatalidad como lo inevitable. Otras entrevistadas mostraron su conformismo con la enfermedad recurriendo a la religiosidad, para explicar tanto omisión de acciones –“*está en manos de Dios*”-, como efectos que amortiguaban su preocupaciones mediante la convivencia y los lazos que entablaban en

espacios religiosos, y también atribuían a Dios el sobrevivir al evento crítico, como dice

Patricia:

“... duré mucho internada y duré mucho en cama, duré de diciembre a julio, ¡quedé como un palillo!!, ¡como un palillo, quedé volada yo cuando me enfermé!, cuando empecé a caminar... me sentaban así en una silla y me agarraba yo de las ranuritas de los roperos y me iba, ¡no tenía fuerza! ¡Y me repuse gracias a Dios!...” (Patricia 85 años, Infarto)

La enfermedad es ante todo un evento existencial que implica para las mujeres transformaciones para afrontarla, asimilarla, darle un significado y un sentido (Puentes y cols 2015). En esa construcción intervienen capitales culturales como la religión en tanto “... sistema simbólico estructurado que funciona como principio de estructuración...” (Bourdieu 2006, 50) del sistema de disposiciones, sentidos y significados del mundo natural y del mundo social, y sus condiciones de existencia (Ibíd.). Sin embargo, la resignación sustituye la exigencia para resolver sus dudas y problemas en el espacio del campo médico.

En otros casos, la desinformación se sumaba a retrasos en los procedimientos médicos diagnósticos y/o terapéuticos y las plegarias conferían un poco de tranquilidad. Tal es el caso de Josefina que como se narró previamente, cambió varias veces de unidad médica y empezó de nuevo con el proceso de atención. Ella narra su última experiencia:

“¡No, nunca he recibido información! ¡nunca me han dado!... y ahorita es lo que están haciendo en el seguro, haciéndome estudios, porque la doctora me mandó hacer estudios y me mandó hacer un electro y una radiografía, pero no la pudo ver porque se fue la luz, dijo, -¡no la voy a poder ver!, te voy a poner cita para el 13 de junio (2 meses después), a ver si te mando con el cardiólogo- pero no sé por qué me siento como si tratara desesp... me da el dolor acá (tocándose el pecho) y ¡me siento como desesperada ¡así! -¡ay! ¿por qué?-, y en la noche me pongo a rezar y me duermo agusto (SIC), nomás en la mañana... así a mi hora tempranito, todavía oscuro ¡ya estoy despierta y pienso y...! ¡me tengo que calmar y dormirme otro rato! (Josefina 75 años, angina de pecho)

En tanto que las trabajadoras del sector salud, presumiblemente con más posibilidades de acceder a la información sobre la EC, explicaron que tenían información general sobre la enfermedad, pero no conocían lo específico de la sintomatología femenina de la EC. Ellas señalaron que la información posterior al inicio de la EC estaba mediada por las relaciones que mantenían como trabajadoras al interior de los servicios médicos, incluso con diferencias entre la enfermera y la médica, ya que la primera aún tenía dudas no resueltas al momento de la entrevista y trataba de conocer acerca de la EC de mujeres a través de internet y preguntando al personal médico sobre los casos de otras mujeres-pacientes con diagnósticos similares, lo que quitaba formalidad y compromiso al suyo. Mientras que la médica narró los conflictos internos y externos que implica la búsqueda de información:

“... antes no tenía casi conocimiento (sobre EC), lo conozco entre comillas “como médico” ¡pero no! ¡pero no!, nadie me dijo que si seguía así... ahora porque también yo le busco y porque aparte mis colegas me... yo les pregunto por interés, sin ser ¿cómo te diré? Obsesiva, porque luego entras en ansiedad ¿eh?, porque a veces ellos quieren ¡tas, tas, tas!, o sea ya te toca, otro estudio... pero ¿información? ¡No, no, no! a fin de cuentas yo lo pregunté, más bien mis hijas –doctor ¿mi mamá que tanta chanza tiene? ¿mi mamá se va a morir?- -pues se va a morir como cualquier persona mi hijita- -le contestó el doctor- Pero la clínica (se refiere a la evolución clínica) te dice que es bien cabrona (SIC) la recuperación, yo fui un hilacho por meses ¿eh? Me recuperaba ... me costó trabajo... ¡pero no te lo dicen! ¡lo tienes tú que preguntar! (golpeando la mesa) y a veces uno le saca por... ¡lo que quieras!, por miedo o por comodidad, pero ahora como mis hijas lo preguntaron yo lo terminé de preguntar ¡pero no te dicen!... (Irene 57 años, IAM)

Cabe señalar que todas las entrevistadas respondieron que tenían derecho a la información sobre la EC, pero a excepción de Irene y que lo hizo apoyada en sus hijas, no se atrevían a exigirla, aún cuando manifestaban que necesitaban conocer más acerca de la enfermedad, como lo expresó Minerva:

Lucero: ¿Sientes qué tienes el derecho de exigir información sobre tu enfermedad

cardíaca?

Minerva: Sí

Lucero: ¿Has exigido esa información?

Minerva: ¡Pues no! porque pues... no sé cómo moverme... no soy una persona... ¿Cómo te dijera?... soy más bien retraída, más acá (señalando su cuerpo), pero si siento que fuera algo muy importante avisar... así como yo no tuve ese conocimiento, de aquí en adelante ya tenerlo... los viejos ya estamos dañados ¿no?, pero a la juventud hay que cuidarlos, los hijos, los nietos, incluso una de mis hijas ya está sufriendo la presión... y yo nunca me senté a decirle -mi hijita, esto y esto otro, yo tengo esto o lo otro- a hablarles a mi modo de hablar ¡nunca les he dicho! ¡y ahora está pasando el mismo patrón que pasé yo!, me lo pasó a mí mi abuela, se lo pasó a mi mamá y... ahora yo fui con el mismo patrón (de EC), con el mismo patrón y con el mismo patrón (55 años, infarto y angina de pecho)

Se aprecian las limitaciones de Minerva para *moverse* en un campo donde no tiene poder, como lo es el médico. Además relaciona la pregunta sobre el derecho a la información, con uno de los roles de género femenino que predominaban en las narrativas, el de cuidadora, y al igual que Gabriela consideró que la información podría evitar que sus *hijos/as* siguieran sus *patrones* con la enfermedad. Pero no se observa que estuviera apropiada del derecho a ser informada, es decir que sintiera que tenía “el derecho a ese derecho”, en palabras de Arendt.

No obstante, ellas tienden a auto-culpabilizarse por *no tener conocimientos* sobre la enfermedad y porque pospusieron la búsqueda de atención, como expresa Elsa:

“...¡yo no sé que pudo haber sido!, ¡pero por tonta!, ¡por falta de conocimientos no me di cuenta!, ¡nunca!, ¡nunca, me enfoqué en tratar de saber porque tenía esa molestia!, por eso digo que ¡por tonta!, no porque... o sea, nunca me puse a pensar, a investigar, a qué se debía esa molestia...” (Elsa 80 años, angina de pecho)

No hay una visión única y ahistórica de feminidad, sino múltiples feminidades de acuerdo a cada comunidad, grupo, sujeto y momento histórico. Tradicionalmente, la concepción dominante de feminidad adscribe roles y trabajos socialmente definidos que le son propios al género femenino (esposa, madre, cuidadora, labores domésticas), rutinarios y

desvalorizados, estos roles ubican a las mujeres en la esfera privada y en lugares desjerarquizados, limitando sus actividades a la esfera privada y su acceso al conocimiento.

Aunque se ha incrementado el acceso de las mujeres al conocimiento, aun enfrentan limitaciones relacionadas con su condición de género, que junto a procesos ligados a la socialización de género como la auto-desvalorización, dependencia, auto-culpabilización, represión de la ira y frustración, pueden influir en los modos femenino de enfermar y de expresar sus malestares (Andreani 1998).

Ellas insisten en señalar que la desinformación sobre la EC persiste después del diagnóstico, pues argumentan que aún cuando se les den indicaciones, no se les explica suficiente y adecuadamente qué es la enfermedad, cuáles son los cambios que traerá a su vida, y qué pueden hacer para mejorar las limitaciones que trae consigo. Emma cuenta que cuando acudió a cardiología:

“No pues el doctor nomás escribió, el cardiólogo nomás escribió y me dijo, así que esto ¡y escribe y escribe, y luego dice! –le voy a cambiar el medicamento porque, ..., esa pastilla no la tome, tome ésta- y luego me dijo –y le voy a dar alopurinol porque tiene el ácido úrico muy alto- fue todo lo que me dijo, así, y nomás siguió escribiendo y todo y cuídese mucho...” (Emma 55 años, angina de pecho)

Si bien todas las mujeres narran diversas desatenciones médicas, no exigen que se les resuelvan sus problemas. Josefina manifiesta su sentir, interpretando lo que considera se piensa de ellas en los servicios de salud:

“... al Seguro... ¡atención no!... ¡se puede morir ahí la gente!... pobrecita la gente que no tiene dinero para pagar un similares o algo, tienen que ir a fuerzas o jaguantarse!... es cierto, ¡muy cierto!, es que uno lo ve... pero dicen -¡ahh!, ¡es muy ignorante la gente, no se da cuenta!, no saben que nosotros también pensamos y vemos... es que ¡es cierto!...” (Josefina, 75 años, angina de pecho)

Pero nunca ha exigido una atención digna y de calidad, por eso decidió *no volver* y

describió en otro momento la estrategia que desplegó en la búsqueda de atención: cambiar de unidades médicas.

En las entrevistas se aprecia que algunas mujeres reproducen el discurso médico, justificando la desatención de que son objeto, una manifestación más de la violencia simbólica en tanto reproducen el discurso del dominador con argumentos como: el personal médico no tiene con que trabajar; les falta más tiempo para la consulta por culpa de la institución; les ponen muchos pacientes; les pagan poco por lo que hacen, en palabras de Elsa:

“... hay ciertos médicos que la profesión la toman cómo modus vivendi luego... pero no le dedican al paciente, al ser humano toda la atención que deben, porque los sueldos son bajos, porque tienen que atender determinado número de pacientes rápidamente porque les dan tiempo ¿será cierto?, que les dicen (en hospitales públicos) tantos pacientes en tanto tiempo... porque tienen que salirse... entonces el otro día, el médico dijo que él no iba a atender 12 pacientes, solamente 10 y en realidad no me dio ninguna atención... ¡en fin! yo siento que hay culpa gubernamental, porque no les pagan buenos sueldos y ellos tienen que ocupar su tiempo, salen de ese trabajo y entran a otro para poder completarse en su cosa económica ¿ves?” (Elsa 80 años, angina de pecho)

Al encarnarse en las mujeres el *habitus paciente obediente*, las predisposiciones subjetivas y los esquemas de percepción, apreciación y acción que lo conforman, hacen que las mujeres piensen sobre sus derechos en salud como limitados, en tanto incorporación no consciente, reproduzcan el discurso médico (la ideología dominante), y condicionen sus prácticas.

Aceptan el orden de las cosas institucionalizando las relaciones de poder y el conflicto en el campo médico, lo que representa una expresión de la violencia simbólica “... esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas experiencias colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas...” (Bourdieu 1997, 168).

En el *habitus paciente obediente* se conforman esquemas de valoración que llevan a las mujeres a percibir “las conminaciones inscritas en una situación o en un discurso y obedecerlas” (Ibíd.), sin exigir sus derechos a una atención digna y de calidad, y a la información completa, oportuna y veraz sobre sus problemas de salud.

Así mismo, la mayoría respondió que la atención médica debería de ser garantizada por el personal y los directivos de las unidades médicas, pero a excepción de las que trabajan en el sector salud, las otras entrevistadas difícilmente identificaron la responsabilidad del Estado como garante de derechos. Entre las mujeres que no tienen seguridad social y viven en condiciones precarias, no sólo es más marcada la poca identificación que hacen del Estado en este sentido, sino que difícilmente articulan un discurso sobre derechos en salud, tal como se evidencia con Emma:

Lucero: ¿Consideras que la salud sea un derecho de las personas?

Emma: ¿Cómo?

Lucero: ¿Qué la salud sea un derecho de las personas?

Emma: Pues yo digo que sí

Lucero: ¿Por qué?

Emma: Porque debemos de... de... tener más... ¿cómo, cómo te diré?... pues de cuidarnos más a veces para no enfermarnos tanto, porque si no... si no quieres tú, pues nunca te vas a cuidar, te va a suceder todo lo que... las cosas malas a veces ¿no?, pero si tú tratas de cuidarte... ps pienso que no, no... por ejemplo en los alimentos que te dicen, es que no lo debes de comer porque te va a pasar esto y todo y pues tratar de, de, de... calmarse o tratar de no comer lo que te hace daño” (Emma 55 años, angina de pecho)

Emma no visualizaba sus derechos, viviendo en la adversidad, sin tener el poder para tomar acciones en salud, limitada para hacer seguimiento a las indicaciones médicas, y con dificultades de acceso a los servicios médicos, su discurso alude al contexto social, cultural y político del que proviene. Ha incorporado el discurso de “*cuidarse*” llevado al ámbito individual y conductual, tal como lo ha recibido del discurso médico.

Las mujeres mantienen relaciones desiguales de poder con el personal médico que

las atiende, no se fomenta que tomen decisiones sobre la EC que padecen, y en algunos casos, como el de Emma, no se observa que identifiquen en qué consisten los derechos en salud.

Cabe señalar que hay diferencias entre las mujeres en relación al proceso de apropiación y condiciones de posibilidad de ejercicio de derechos, de acuerdo a la escolaridad, tipo de protección en salud y sector socio-económico, como se aprecia en el cuadro 6.

Cuadro 6. Reconocimiento y posibilidades de ejercicio de derechos en salud

Seudónimo. Edad Diagnóstico	Escolaridad, estrato socio-económico y servicio médico	Derecho a la salud y/o a la información sobre la EC de mujeres
Elsa, 80 años Angina de pecho	Primaria. Ama de casa Medio-medio alto ISSSTE, Privado	“Es un derecho que tenemos como seres humanos, hay que hablar para que te informen, si tú no pides no recibes, hablando... porque al que no habla Dios no lo oye”
Lorena, 56 años Infarto	Secundaria. Sindicalista Medio bajo ISSSTE	“Llegas 5 minutos tarde y no te atienden, me pasó, yo soy muy peleonera ¿Eh?, defendiendo mis derechos pero... no me atendieron en mi primera cita después del infarto”
Gloria, 52 años. Cardiopatía isquémica	Enfermera con Posgrado Medio ISSSTESON ISSSTE	“No me dieron información y ni les he preguntado a mis hijos (si recibieron información)... ahorita podría pedirla antes... no lo pensé”
Irene, 57 años. IAM	Médica con Posgrado Medio ISSSTESON ISSSTE	“Es un derecho y lo peor del caso está normado, legislado y ¿Por qué no lo hacemos? (respetarlos como médicos/as) está pegado en los paredes – tengo derecho a información suficiente, que se me trate bien, un expediente, una segunda opinión- y también la obligación de responder y ser un paciente obediente”
Emma, 55 años. Angina de pecho	Comercio Bajo Seguro Popular	“Debíamos de exigir para que nos traten mejor y que... nos den información de qué es lo que debemos de comer y qué es lo que no debemos o cómo nos debemos de portar”
Mínerva, 55 años. Infarto	Primaria Bajo Seguro Popular	“Sí porque es un bienestar para uno y para los hijos, es más importante en las mujeres porque son más dejadas, más ignorantes, o nos hacemos las ignorantes, o que sé yo, pero ese es el problema que necesitamos mucha ayuda”
Josefina, 75 años. Angina de pecho	Primaria sin terminar Bajo Seguro Popular	“Sí (es un derecho) pero no le ponen atención a las personas, pero no me he quejado porque es igual que ir a decirle a la pared”
Patricia, 85 años. Infarto	Sin primaria Bajo Seguro Popular	“Sí hay derecho, nos tienen que informar primeramente los médicos.. a mí nomás me dijeron (SIC) que era un infarto y que debía cuidarme de andar haciendo sorpresas, de corajes fuertes, pero... hasta ahí”.
Gabriela, 62 años. Angina de pecho	Lee poco no sabe escribir. Bajo Seguro Popular	“Siento que sí, pero yo estoy muy poco informada tocante a la angina, dicen que no es tan grave, pero empiezo a caminar y me paro y ¡jalo aire! ¡jalo aire! ¡jalo aire”

Fuente de elaboración propia, entrevistas en profundidad, realizadas en Hermosillo Enero-Junio 2014.

En general las mujeres afirman que tienen derechos cuando se les interroga al respecto, pero no están apropiadas de ellos, es decir no los sienten como propios, al estar limitadas para tomar decisiones en asuntos vitales relacionados con el paso de estar sanas a enfermas. Difícil además, cuando se parte de la desinformación sobre una enfermedad, no se tiene el poder de exigirlos, y se auto-culpabilizan por ello, como lo hace Minerva

“... oí que dijeron “la señora trae infarto”, entre ellos estaban platicando pues, porque cuando se juntaron los médicos, ahí que se juntan, que hacen reuniones, dijeron la señora trae infarto... y me dieron pastillitas... pero no me dijeron (SIC) vaya con su médico o que sé yo, ni yo tampoco tuve los alcances de ir y preguntar, así me quedé con la voluntad de Dios nada más” (Minerva 55 años, infarto)

Dicho de otra manera, se observan limitaciones en el proceso de apropiación de derechos, entendido como el proceso que permite a las personas autorizarse a sí mismas para ejercerlos, tener el poder para hacerlos efectivos, y darse voz para exigir condiciones de posibilidad y recursos que permitan su ejercicio (Amuchástegui y Rivas 2004, Juárez 2009).

Cabe señalar que en las entrevistas se observaron líneas argumentativas contradictorias, pues aunque al principio la mayoría respondía que sí tenía el derecho a exigir información sobre la EC de mujeres, se evidenció que no lo exigían, incluso se observó con Gloria que hizo una reflexión entre el pasado y *ahorita* aceptando que no pensó en exigir información, hasta el momento de la entrevista. También se observó que conforme se insistía sobre el tema de derechos, las mujeres expresaban cuestionamientos sobre la falta de campañas sobre este problema de salud, y de que no se les había informado al respecto, como con los cánceres de mama y cervico-uterino, Irene dice que

“... las campañas de salud, los programas de salud no tienen nada que ver con prevención ¡nada!, si le invirtiéramos ¡no nos infartaríamos!, ahora ¿en qué le están invirtiendo?... en cáncer de mama, en CaCu (cáncer cervico-uterino)...ahorita está de moda la obesidad, eso no tiene absolutamente nada que ver con el tipo de vida y estrés

que hay... (Irene 57 años, infarto agudo al miocardio)

Con tipo de vida y estrés, Irene se refiere a la multiplicidad de jornadas y de roles que desempeñaba para sacar adelante a sus hijas, por ser madre soltera, así como a otras situaciones personales, como haber vivido violencia de género, que de acuerdo a su narrativa, están presentes en la vida de muchas mujeres y pueden ser desencadenantes de problemas cardíacos, relación de la que no se habla o se habla poco en los espacios de salud, por eso dice que no se invierte en la prevención de la EC de mujeres. En este sentido, también el personal médico entrevistado dijo, que no hay programas específicos para la prevención de la EC de mujeres, asunto que presentamos en el siguiente apartado.

Entre las narrativas de las mujeres, así como de prestadores/as médicos, se expresa que la voz de las mujeres es excluida en los espacios de salud, dado que la práctica médica se legitima bajo el precepto de “*hacer el bien*”, y con ello el personal médico es quien toma la “mejor” decisión para las mujeres, contemplada como “*ayuda*” ante la ignorancia de las mujeres. Esto lo expresa Minerva (cuadro 6), reflejando la desvalorización de sí misma y la obediencia como paciente, percepciones y conductas construidas en los procesos de socialización, además de vivir la falta de reconocimiento de sus saberes en tanto cuidadora de salud de otros.

El *habitus paciente obediente* se reproduce por Emma cuando dice que la información en salud es para que les digan a las mujeres *cómo debemos portarnos* (cuadro 6). Irene mencionó junto a los derechos en salud, la obligación de *ser paciente obediente*, mientras Josefina narró que recibió indicaciones acerca de lo que debía hacer, como si fueran órdenes:

“...nomás me dicen –¡haga esto!, ¡tome esto!, ¡cuidese!, porque en la noche es cuando pegan los infartos, en las madrugadas... y ¡no se cuida usted! y ¡no se toma su calma!-...” (Josefina 75 años, angina de pecho)

Es decir, que la toma de decisiones en salud se considera competencia de quien tiene el “conocimiento científico”, y el poder en la relación médico(a)-paciente queda en el personal médico, de manera que las mujeres están sujetas a sus disposiciones, lo que se evidencia en todas las entrevistas.

Sin embargo, se documenta ampliamente que ellas no son actoras sociales inertes, comprenden la EC desde sus propias experiencias, llevan a cabo procesos de adaptación o de resistencia frente a las instrucciones médicas, y despliegan estrategias de búsqueda de atención, dependiendo de los diversos capitales en juego.

Como Josefina, que estaba acudiendo a atenderse la angina de pecho en una institución de la seguridad social a la que tiene acceso por su cónyuge y a un centro de salud para otros problemas de salud como la diabetes y la hipertensión porque:

“... ahí en el centro de salud como que le ponen más atención a la persona, como que le ponen más cariño las doctoras... ha habido así doctoras diferentes y nosotros... es lo que pasa con nosotros los pacientes, que hay personas que nos atienden bien, nos dan buen servicio, hasta se encariñan las personas y hay personas que no, no le ponen atención” (Josefina 75 años, angina de pecho)

Se observa como Josefina identifica algunos aspectos de la atención que recibe, referidos tanto a las instituciones, como a prácticas médicas diferenciales de acuerdo al sexo del profesional, pero ella echa mano de uno de sus capitales sociales, la posibilidad de acceder a dos tipos de servicios médicos.

La comprensión de la EC. Enfermar por *sufrimiento moral*

En relación a la interpretación que hacen las mujeres acerca de la EC, se encontraron diferencias importantes entre la manera en que ellas comprenden la enfermedad y las explicaciones que ofrece la medicina sobre la misma. En este tenor, un concepto que se considera emergente y que pensamos nos puede ayudar a explicar sobre las vivencias de la enfermedad, es lo calificado como “*sufrimiento moral*”. Su significado es una aportación de Gloria, quien se refirió así:

Gloria: “...el estrés que se vive, son... ¡son sufrimientos morales!, yo pienso que ¡es más pesado el sufrimiento moral que a veces tiene uno, que las patologías!, puede afectar más, algún problema, algún... que los antecedentes hereditarios, o de lo que sea,... (afectan más) los problemas que se pueden suscitar en el hogar ¡sí!”

Lucero: ¿A qué te refieres con sufrimientos morales?

Gloria: “A los problemas que tenga uno, por ejemplo con los hijos, con la adolescencia que se les vienen muchas cosas, que se nos quieren salir... ¡todo!, ¡todo eso!, yo pienso que se acaba uno mucho, yo siento que eso es lo que a mí me ha acabado... ¡siempre me he sentido sola!, con la responsabilidad de mi casa, ¡siempre me he sentido sola!, ¡siempre!, ¡siempre!, ¡siempre!, nunca me he sentido apoyada, acompañada, entonces ¡eso puede ocasionar problemas cardíacos en una mujer! ¡en la mujer!, porque pues de ahí en fuera no, porque... a lo menos yo, que no salgo, no tomo, no fumo, no pueden decir que son factores... lo único que yo le achaco es a eso (al sufrimiento moral) pues, porque sí soy muy dada pues... era muy dada al sufrimiento ¡ay mi hijito!, y los problemas que tenía con el hombre los tomaba muy a pecho, pues así...” (Gloria 52 años, cardiopatía isquémica)

Gloria tiene información sobre la EC y los factores de riesgo cardiovascular, es enfermera, trabajaba en un servicio de urgencias y su madre padeció EC. Al analizar consigo misma los factores de riesgo de la EC, identifica la interiorización del “*sufrimiento*

moral” por parte de las mujeres y no con las explicaciones dadas por la medicina, refiere que el peso de éste es vivenciado en la vida cotidiana y afecta su salud cardíaca, a través de asumir mandatos y patrones de género que no se cuestionan. Es decir, el concepto “*sufrimiento moral*” comprende la representación simbólica del corazón en tanto “órgano de los sentimientos”, la manera en que las mujeres comprenden la enfermedad y sus vivencias en el proceso de enfermar.

Si atendemos la definición de sufrimiento moral como las obligaciones y cargas del rol de género de cuidadora de otros y de privilegiar el cuidado de los demás antes que el propio, según expresó Gloria, podemos afirmar entonces que dicha acepción cruza todas las narrativas de las entrevistadas, ya que al preguntar sobre la enfermedad que padecen, inmediatamente remiten a sentimientos, emociones, pérdidas, conflictos y/o problemas. Por ejemplo, Gabriela atribuyó la EC al sufrimiento por ver a su hijo preso y además considera que:

“... la enfermedad más grande que tenemos es eso pues... ¡que está en la mentalidad!,... ¡no nos las tomamos en serio las enfermedades!... es algo que lleva muy arraigado (la mujer) en su... en su formación, ¡igual viene a caer en lo mismo! ¡la formación que le han dado a uno!... ¡hay muchos motivos, razones... ¡hay mucha pobreza!, hay mucha pobreza! y... yo digo que... la mujer... como siempre está queriendo arropar a todos los que se le acercan, que viene siendo su mamá, luego su papá y los hijos y a lo último ella y por eso se muere, pues yo siento que a lo mejor por ahí va...” (Gabriela 62 años, angina de pecho)

Se observa que Gabriela habla por un lado de la pobreza, de vivir bajo condiciones adversas, por el otro, de la incorporación de mandatos y premisas de género, que las mujeres reproducen socialmente y asocia ambos a una menor autovaloración.

El “*sufrimiento moral*” alude también a la relación que establecen las mujeres entre el amor y la enfermedad cardíaca, muestra de como está interiorizada la idea de que los males

de amores, llevan a males del corazón, como dice Elsa:

Lucero: ¿A qué atribuyes que te hayas enfermado del corazón?

Elsa: “Mira... yo creo que es la cosa sentimental, pienso (ojos nublados, voz entrecortada y golpeteo con los dedos a la mesa)... pues sí... sobre todo... mira... en aquella época se casaba uno tan enamorada que propiamente ponías a tu marido en un nicho, entonces cualquier detalle, cualquier desaire, cualquier cosa... ¡te dolía!... ¿Eh? Digo... así fue, ¡ni modo!... cualquier cosa me hería, los desaires, los... en fin. Yo pienso que eso aunado a mi sensibilidad, porque he sido muy sensible, a lo mejor me llegó a afectar ¡fíjate!... puede influir ¡sí!, ¡claro que sí!, las cosas sentimentales, ¡morales!, te afectan, si por menos que quieras tú, ¿Cómo te diré? No ponerles atención o interesarte en ellas... o... ¡sí afectan!, ¡cómo no van a afectar los sentimientos al corazón!” (Elsa 80 años, angina de pecho)

En sus palabras se aprecia que “*sufrimiento moral*” no sólo está estrechamente relacionado con las experiencias vividas, sino que también refiere a la construcción social de la feminidad (es), y la idea del amor romántico como proceso de construcción de las relaciones de género y “parte intrínseca de la subordinación social de las mujeres” (Esteban y Távora 2008, 60), que trastoca la vida de la mayoría de las mujeres entrevistadas.

Aunque la relación entre el “*sufrimiento moral*” y la EC está presente en todas las entrevistas, toma diferentes matices de acuerdo a la edad, escolaridad y condición de vida de cada mujer. Sin embargo, suele manifestarse desde la auto-culpabilización, reproduciendo la idea de que las mujeres son más *sensibles*, *preocuponas*, o *aprensibles*, y eso las enferma, como dice Minerva:

“... todo el tiempo he sido muy aprensible (SIC), he sido muy... como mi marido era muy viejero (SIC), jera muy sinvergüenza!, ¡muchas veces lo caché!, ¡muchas veces lo vi!, yo lo quería mucho, ¡yo sufrí mucho!, ¡el primer infarto incluso me pegó por eso!, ¡el segundo también!, se llevó a una muchacha de allá de mi rancho...” (Minerva 55 años, infarto)

Además, el concepto remite a la asociación que hacen entre la EC y las emociones o sufrimientos por pérdidas de seres queridos. Por ejemplo Lorena atribuye y asocia el infarto

cardíaco con la agonía de su hermano, sin distinguir entre los malestares de su enfermedad y el sufrimiento por su hermano, de quien se siente responsable porque su madre *le encargó* a su familia. Ella dice que:

Lucero: ¿A qué atribuyes la enfermedad del corazón?

Lorena: " Mi problema de ahora que me dio la chiripiorca (SIC), pues mira, yo ya te dije que estábamos con la bronca de... yo ya tenía tiempo con lo de mi hermana, se nos vino de repente lo de mi hermano, estaba yo... me sentía ¡muy agobiada!, ¡mucho muy agobiada!... Digo yo no... yo no descarto que a lo mejor si ya... ya... o sea ya iba encaminado a eso, pero yo pienso... yo pienso que se adelantó o se vino ya por... ¡por tanto estrés que yo traía!...yo les digo que yo no sentí, ¡yo nunca sentí dolor!, o no sé si por lo mismo yo no... no lo registré... el caso es que yo lo único que sentía es... decía ¡yo me tengo que sentar, me tengo que sentar!, porque sentía como que iba... ¡como que iba a azotar!... y al rato decía yo -¡no, no, no!-, es que aquí yo creo que yo voy a... me empecé a sentir como desganzada solamente..." (Lorena 56 años, infarto agudo al miocardio)

De acuerdo a Tajer (2009, 73) un “estresor específico de género” en la construcción social de la feminidad, es el síndrome de la “supermujer”, quien tiende a “involucrarse demasiado y hacerse cargo de los problemas de los demás, sin poder diferenciar los propios de los ajenos” (Ibíd.). Este parece ser el caso de Lorena que asume el cuidado y la responsabilidad del hermano enfermo, reproduciendo patrones de género en el cuidado a otros, que expresa como el mandato de su madre antes de morir, pero que la llevó a no registrar sus malestares iniciales. Con distintas situaciones y modalidades este discurso se repite por las otras mujeres entrevistadas.

Forzar al corazón: roles de género

Otro concepto emergente y que expresa el imaginario social de que el corazón es una máquina, lo refirieron varias de nuestras entrevistadas como “*forzar al corazón*”, entendido

como la expresión de las mujeres acerca de la multiplicidad de roles de género y jornadas laborales que llevan a cabo sin *poder parar* hasta que se enferman del corazón.

Es interesante acotar que la expresión *no poder parar* fue referida por Tajer (2009) en sus investigaciones, y tal cual fue utilizada por las entrevistadas. Mientras que “*forzar al corazón*” lleva explícita la noción de auto-responsabilidad y auto-culpabilización en el proceso de enfermar y que de manera implícita comprende estresores específicos de género que condicionan vulnerabilidad coronaria. Sobre esto Irene comenta que:

“...jera perpetua la presión!, jera perpetua!, ni siquiera tenía chanza de poder decir, ¿sabes qué? Estoy muy presionada voy a dejar de hacer esto o voy a dejar de hacer esto otro, no, no tenía, en general ¡no tenía esa capacidad!, de dejar de presionarme, porque sabía que implicaba dejar de hacer alguna de mis actividades y para mí todas eran importantes... primero mi casa, mi trabajo...pero... ¿Por qué tenemos que tener 3-4 trabajos para sacar adelante a los hijos pues?, ¿por qué?, ¡si podemos tener uno si se nos pagara y se nos remunerara bien! ¿sí?” (Irene 57 años, infarto agudo al miocardio)

En este discurso se aprecian al menos tres planos, uno acota la dimensión individual, en la que se observa cómo Irene se auto-culpabiliza por no tener capacidad para parar; otro refiere a ideales y mandatos de género altamente exigentes que son socialmente impuestos y personalmente vividos, como el ser para “otros”, en este caso sus hijas; y por último, el macro-estructural, cuando cuestiona los bajos salarios institucionales y la necesidad de trabajar varios turnos para poder cubrir las necesidades de sus hijas, en tanto ella es jefa de familia.

Su historia es similar a las de otras mujeres, como Gloria, en cuyo discurso se aprecian tanto los mandatos de género en el cuidado y responsabilidad de sus hijos, cómo los cuestionamientos hacia sí misma y lo que le hizo a su cuerpo, ella nos dice que:

“...jera imposible bajarle!, bajarle el ritmo de vida ¡no podía!... incluso aunque me enfermera ¡no podía detenerme!... si me detenía ¡perdían gran parte ellos! (sus hijos)... ¿Por qué?, por... por loca jeje... ¡la locura mía!, yo me pongo a pensar

ahorita ¿cómo la hice para tantas horas, tanto tiempo?, -¡ya vengo!, ¡ahorita vengo!- ¿Y?... o sea, ¿Cómo le hizo mi cuerpo para aguantar tanto?, que -¡mamá un libro!, ¡que mamá esto!, ¡que mamá...!- ¿Cómo los iba a sacar adelante? ¡trabajando!... otro turno o viendo a ver de dónde, pero tenía que hacer algo para sacarlos pues... ahorita que me pongo a pensar a veces en la noche, le digo, ¡pobrecito mi cuerpo! ¡cómo lo forcé!, ¡cómo le hice cosas!. En ese momento yo no pensaba en eso, yo nomás tenía así... no sé si sería capricho o qué sería, pero eran mis hijos, ¡mi meta eran mis hijos!, haga de cuenta que era una carrera sin freno de que yo quería la meta y la meta eran ellos, o sea ¡esa era mi meta! (Gloria 52 años, cardiopatía isquémica)

De nuevo, se observa la auto-culpabilización por el *correr alocado*, que no para hasta enfermar, estrechamente ligado a la interiorización del cuidado de los hijos, es decir, a mandatos y estresores específicos de género, con multiplicidad de roles y múltiples jornadas laborales. Gloria describió que llegó a trabajar 3 turnos hospitalarios, a los que sumaba el trabajo doméstico.

En tanto que con las entrevistadas insertas en la economía informal, se observa que su desprotección es aun mayor, ya que al no gozar de prestaciones de ley, carecen de seguridad social y enfrentan más barreras para la atención médica. Por ejemplo Minerva, durante 20 años se dedicó a la venta de diversos productos casa por casa, en un negocio manejado por su ex pareja, al que dedicaba gran parte del día y que se sumaba al trabajo doméstico, ella cuenta cómo era su día a día:

“Me levantaba a las 5 de la mañana a plancharle la ropa a mi esposo, ¡rápido! mientras él se metía a bañar, yo llenaba los carros... de lo que vendía él... yo sola hacía todas esas cosas, ¡corriendo todo!, le daba desayuno a mis hijos, ¡me hacía pedazos...! y vámonos a llevar a los chamacos a la escuela... y pues a trabajar con las dos muchachitas (sus hijas)... y vámonos a ir a vender, trabajábamos hasta la 1-2... y ya venía y hacía la comida para todos... ¡todo era yo!, él llegaba y se acostaba mientras más yo ¡correteando!, lavando trastes, barriendo, haciendo la comida, lavaba y mientras que los demás descansando ¡yo no descansaba ni un ratito!... a las 3 de la tarde, ¡vámonos a trabajar! y llegábamos ya a las 6-7 de la tarde, a volver a hacer cena y todo, y a lavar... terminaba rendida y ¡de pión! el hombre que en la noche no dejaba dormir; amanecía otro día más pa'allá que pa'acá (SIC) a lo mismo, otra vez y dale y dale y así fue mi vida como por 20 años... demasiado pesado y yo lo llevaba conmigo todo... ¡yo no sé como uno aguanta tanto! porque ¡mi corazón yo lo forcé a trabajar demasiado!...” (Minerva 55 años, infarto agudo al miocardio)

En este sentido, es necesario visibilizar algunas presunciones sobre la EC de mujeres, como la idea de que afecta principalmente a las mujeres que se integran al ámbito laboral formal, es decir, al espacio público (masculino) y además desempeñan trabajos similares a los de varones, como pueden ser mujeres ejecutivas (Tajer 2009). En este proyecto se evidencia que “*forzar al corazón*” incluye efectivamente *no poder parar*, pero que no está tan ligado a la situación laboral y a los grados de responsabilidad en el trabajo, como a los mandatos de género. Pues la principal premisa y por la que asumen que “*forzan el corazón*” es sacar adelante a sus hijos y/o hijas, aunque sea a costa de su propia salud.

Durante las entrevistas se observa que las entrevistadas auto-reflexionan ante algunas preguntas, y que durante ese proceso identifican la multifuncionalidad de roles en la cotidianidad de sus vidas y su potencial de enfermarlas, como explica Gloria:

Lucero: ¿Cuál consideras qué es el principal problema de salud de las mujeres?

Gloria: Pues la doble vida que estamos viviendo, jejeje

Lucero: A ver, explícame

Gloria: Pues el rol que estamos llevando entre trabajadora, ama de casa, porque por ejemplo, yo, o sea ahorita no lo estoy viviendo, pero cuando lo viví... o sea tenía los trabajos, tenía que llegar a mi casa y llevar el rol de esposa, de mamá, yo siento que se nos... que es más, que es mucho, que ¡es más el trabajo para nosotras las mujeres que para el hombre!, porque él muy conchudo (SIC) llega y a acostarse y nosotros no, porque por ejemplo, ver lo de mañana, ¿qué van a cenar?, ¿está lista la ropa?, las tareas, ¡es mucho el trabajo para la mujer!, yo pienso... el hombre no... ¡más talemón (SIC)(flojo) que...! (Gloria 52 años, cardiopatía isquémica)

Este discurso se repite en las demás entrevistas, con diferencias entre ellas, de acuerdo a su edad, escolaridad, tipo de inserción laboral, y algunos cambios generacionales en sus patrones de género, aunque predomina la reproducción social de la doble jornada, incluso con las mujeres insertas en la economía formal y con mayores niveles de educación.

Comprender la enfermedad coronaria desde la violencia de género

A lo largo de las entrevistas surgieron extensas evidencias sobre violencia de género - específicamente violencia contra las mujeres-; emergiendo el concepto “*¡no aguanto tanto!*”, con el que se exploramos cómo las mujeres relacionan la violencia de que son objeto con el padecer del corazón, hacen referencia a la pareja o ex pareja que ha ejercido violencia contra ellas como “*el hombre*”.

La violencia de género es evidente en distintas dimensiones y significados, a veces está explícita en los discursos, en otras ocasiones está implícita, es decir no está identificada como tal por las entrevistadas. Por ejemplo, Elsa habló de una pareja *muy posesiva* que coartó sus sueños y su libertad, y que ejerció control sobre su vida, dijo que era *tan celoso* que la vigilaba continuamente. Mientras que Lorena habló de infidelidad y de abandono en momentos críticos de su vida, y además dijo que su ex cónyuge la culpabilizaba por los problemas de su hijo.

En tanto Gloria *siempre se sintió sola*, por el alcoholismo y la irresponsabilidad de su ex pareja, siendo ella el sostén de la economía familiar. Irene la nombró como “*violencia*” verbal y emocional, incluso narró un episodio en que fue amenazada con arma de fuego para *sacarla de su casa* y la utilización de recursos legales para hacerle difícil la vida. Gabriela también había sido amenazada con arma de fuego por una ex pareja. Mientras que Josefina dijo que su *marido no la comprendía*, y narró que quiere expulsarla de su casa. Patricia y Minerva la llamaron “*violencia*” y la habían sufrido en forma física, verbal y emocional.

Cabe señalar que todas las mujeres entrevistadas, en algún momento de sus discursos, relacionaron vivencialmente la violencia de género con la enfermedad cardíaca, como lo expresa Minerva:

*“... y le aumentamos que el hombre se me salía, se emborrachaba, me trataba mal, me decía muchas palabras mal, empezó a golpearme, ¡también fui una mujer golpeada! y pues yo... todo lo que se hacía, lo que él decía era así, -¡lo que tú digas!-, ¡todo era siempre! ¡sí!, ¡nunca dije un no!. A ¡vivir una vida así, es lo más horrible que pueda vivir!, yo creo que a nadie, ninguna persona ha vivido o... ¡a lo mejor sí!, gente de rancho como soy yo ha vivido así... o aún aquí en el pueblo, la gente ha vivido así... yo creo que era un trabajo ¡tan grande!, ¡tan fuerte!, ¡tan pesado! y yo achaco de que mi pobre corazoncito ha de ver dicho **¡no aguanta tanto!**, fue mucho, una vida ¡muy! ¡muy pesada la que tuve yo!...” (Minerva 55 años, infarto agudo al miocardio)*

En este caso, como en otros, predomina la idea de que el corazón *no aguanta* tanto y por eso se enferma, es decir, no sólo es “forzar el cuerpo y el corazón a trabajar demasiado”, sino que establecen relación entre el cuerpo, el corazón, *el sufrimiento moral y la violencia de género*.

Además con las mujeres que se incorporan a la esfera pública laboral, se observan otros factores que pueden incrementar la violencia de que son objeto, como narra Irene:

Lucero: ¿Entonces por lo que me dices, crees que los conflictos familiares puedan ocasionar problemas cardíacos a las mujeres?

Irene: “Sí... ¡sobre todo el de pareja!, ¡sobre todo el de pareja!, el no ponerte de acuerdo y aparte estar laborando tú y no ponerte de acuerdo, y cuando uno de mujer rebasa expectativas desde el punto de profesional ¡es muy marcado para el hombre! ¿Si? ¡Es muy marcado para el hombre!, eso te provoca un choque pequeño ¡diario!, ¡diario!, ¡diario!, al grado tal que hay hombres que pueden ser hasta cómodos ¿No?, tú te chingas (SIC) yo ya no trabajo ¿No?, mi ex no quería trabajar ¿Sabrás? ... que tú rebases expectativas económicas y de proyección ¡es terrible!, ¡te los acabas intelectual y económicamente!, porque a la hora que tienen roce con el gremio de este lado, más cuando son diferentes en carreras... le hacían a veces entre hombres, entre los mismos colegas le hacen carrilla a los varones! ¿Eh?... o simplemente ¡no les gusta tu proyección pues!, no les gusta sobre todo ¡que te proyectes! ¡que los rebases! ¡nomás no! y te tratan de manera continua de estar truncando, truncando...” (Irene 57 años, infarto agudo al miocardio)

En otras palabras, la salida de la mujer a la esfera pública, revierte patrones de

género y trastoca la relación de poder hombre-mujer, constituyendo no sólo otro estresor de género, sino que en ciertos casos, como el de Irene, puede incrementar la violencia contra ellas y conformar uno de los modos femeninos de vulnerabilidad coronaria y de padecer la enfermedad cardíaca.

Además, como se constata en las entrevistas, la reproducción del infravalorado trabajo doméstico sigue estando ineludiblemente ligado a la vida cotidiana de las mujeres, quienes lo suman no a una doble jornada laboral, sino a múltiples jornadas dada la precariedad del empleo y la creciente pérdida del valor adquisitivo del salario en México.

Esto repercute directamente en la situación vital de varias mujeres que se entrevistaron, quienes describen no sólo que sus parejas no aportaban a la economía familiar, lo que aumentaba su pobreza, sino que tampoco había una redistribución de las tareas domésticas, evidenciándose otros tipos de violencias solapadas.

También hay violencias más sutiles, relacionados con la “*menor valía*” de la mujer, en este sentido de los datos emerge el concepto “*menos a la mujer*”, entendido en dos sentidos. Por un lado hace referencia a la apreciación que hacen las entrevistadas, acerca del menor valor social de las mujeres en comparación a los hombres, esto es, la interiorización de esquemas de percepción, que incorporados al *habitus de género*, se reproducen socialmente y constatan la posición de las mujeres en el mundo. Tal como se aprecia en el discurso de Lorena:

Lucero: ¿Qué le recomendarías a otras mujeres acerca de cómo prevenir los problemas del corazón?

Lorena: Pues a lo mejor que no se estresen tanto, que no... ¡que se traten!... de repente... yo he sido... ¡yo no me traté pues! con... tiempo. ¡Que se den más valor!, o sea ¡yo no me di tanto valor!, decía yo, no pues o sea primero esto, primero lo otro, yo... ¡al cabo que yo aguanto!...

Lucero: ¿Crees que haya diferencias entre hombres y mujeres con esta enfermedad?

Lorena: Pues en algunas cosas a lo mejor... porque siguen con lo mismo de que el hombre, el hombre y ¿La mujer?... ¡la mujer no vale!... O sea... como antes pues, que

eran como muy machistas, como muy...” (Lorena 56 años, infarto agudo al miocardio)

Si bien no todas las mujeres utilizan el término *valía*, hay discursos donde esta palabra permanece oculta para la entrevistada, pero está implícita en algunas de sus líneas argumentativas, por ejemplo, cuando aducen que anteponen las necesidades de la familia a las suyas, que esto puede demorar su atención y afectar en forma más seria su salud, ya que se dejan a *lo último*, Minerva habla de esto:

“... pensar más en los demás... en la familia que en uno... ¡uno se queda a lo último!, uno se rezaga o se mete en la cabeza de que... pues yo me metí en la cabeza de que... yo creo... ¡que era muy fuerte!, o que... no me interesaba si vivía o moría, yo creo... ¡no me entiendo! porque yo también me hago esa pregunta y pues no sé qué es lo que está pasando... ¿Qué pasó en mi caso? Pues no puse atención, debí buscar un médico, ¡debí haber sido primero!, si mi marido agarraba dinero pues ¡verle exigido!, ¡verle robado si era posible! y verme curado, ¡verme atendido! ¡verme todo!, ¡pero no!, no... que le falta al fulano, que le faltan zapatos a este, que le falta ropa a este, que la escuela, que esto otro y yo pues... ¡a lo último, a lo último, a lo último y me quedé a lo último y me quedé a lo último...! (Minerva 55 años, infarto agudo al miocardio)

En otros casos, aparece el deber ser -el discurso normativo-, desde el que se acota e individualiza la auto-valoración de la mujer como si fuera una cuestión personal *yo creo que la mujer debe de valorarse mejor*, este discurso invisibiliza la forma en que las estructuras estructuran la subjetividad de las mujeres en tanto proceso socializado.

En este concepto también está presente el rol de la familia en los cuidados hacia la mujer con EC. En la investigación se tenía la prenoción de que la familia conforma una red que facilita y/o provee cuidados durante el evento agudo de la EC. Sin embargo se constató que efectivamente la familia es la red principal de apoyo para las mujeres con procesos agudos (IAM) pero, cuando ellas entran en procesos de recuperación, la familia suele formar parte de la vigilancia y control que se ejerce desde la medicina sobre las acciones y conductas de las mujeres.

Mientras que las afectadas por angina de pecho, refieren dos posiciones polarizadas, en algunos momentos sienten el control y vigilancia sobre lo que comen y hacen en seguimiento a las instrucciones médicas, pero en otros, hablan de descalificaciones y/o minimización de sus malestares.

Ambas situaciones causan conflicto a las mujeres, la primera porque dentro de la vigilancia se les limita continuamente con expresiones como *no levantes eso, no debes hacer tal cosa, no comas eso*. Que si bien llevan la intención de “cuidarlas”, las hacen sentirse débiles, inútiles, *como una viejita*. De tal manera que llegan a referirse a quienes tratan de imponer esas “reglas” como *tiranas*, y a cuestionarse su nueva forma de vida, tal como lo expresa Lorena:

“...yo nomás ahora a lo mejor tenga que hacer las cosas más pausadas, más tranquilas, pero ¡yo lo tengo que hacer!... si me van a querer tener en un frasquito de vidrio que no me dé ni el aire, le dije (a su hijo), -¡así no quiero estar, así no quiero vivir!-, -¡quiero hacer mi vida normal! ¡normal como yo lo hacía!...lo que va a pasar, va a pasar...!” (Lorena 56 años, infarto agudo al miocardio)

Es decir, este tipo de cuidados limitan aún más la toma de decisiones de las mujeres, y llevan implícito el mensaje oculto de las mujeres enfermas del corazón como “*minusválidas*”.

En el otro extremo refieren la minimización de sus padeceres, tanto en el ámbito doméstico principalmente por sus parejas, como en el campo médico. Cuando se consideraba que eran exageradas, *no era para tanto* o que no les creían, como narró Minerva.

Cabe aclarar que si bien la EC implica cambios profundos en la relación de las mujeres con sus familias, no son necesariamente negativos, ya que tanto ellas, como sus familias echan a andar procesos de adaptación a las nuevas condiciones de vida, y aprenden

a vivir con la enfermedad. En algunos casos les permite tomar tiempo para sí, hacer cosas que habían pospuesto y/o bajar el ritmo de sus actividades, Irene habla de estos aspectos:

“¡Me mimo! ¡Porque jamás lo hice!, sí cuidaba mi aspecto, en higiene y todo, pero no te daba para mucho pues, ni en el vestido ni en los detalles personales, ¡ahora sí! ¡ahora sí!... son cosas que no me tocó disfrutarlas, que siento que las perdí ¿Sí me entiendes? Y que siento que ahora las estoy recuperando... ¡Leo!, otro tipo de lectura, me acostumbré en el doctorado a leer otro tipo de lectura... ¡me doy tiempo para ir al salón!, llego a ver... ¡ah! ¡televisión!, ¡nunca veía televisión! -¡no hay tiempo para ver televisión!-y ahora excepcionalmente veo alguna serie cortita. Tenía años que no me paraba al cine ¡voy al cine!... vamos a comer, por lo menos el domingo...” (Irene 57 años, infarto agudo al miocardio)

Para Emma significa ver televisión *el tiempo que quiera*, aunque le preocupa *no tener la casa limpia como antes*. Para Gloria significa tener más tiempo para leer, escuchar música y convivir con sus hijos que además se han repartido las tareas domésticas.

Las entrevistas a profundidad son ricas en datos, a través de dar voz a mujeres se aprecia que su subordinación a la autoridad médica, excluye sus voces, como se había reportado en otras investigaciones (Castro-Vásquez 2011). Se realiza de facto que las directrices, control y decisiones sobre la enfermedad (Foucault 2009, Clauvrel 1983) sean tomadas por el personal médico que las atiende, encarnando el *habitus paciente obediente* conformado en *esquemas de percepción, apreciación y acción* interiorizados en el campo médico.

Capítulo VI. Nos dicen histéricas. Las mujeres y la EC desde la mirada médica

En las entrevistas al personal médico se abordó acerca de la información sobre la EC de mujeres que atendían en los servicios médicos, explorando qué pasaba con esa información, si en su opinión modificaban las prácticas de las mujeres y de no ser así, qué problemas identificaban.

Se insistió acerca de las diferencias de la EC de mujeres, especialmente en la identificación de particularidades socioculturales y de género, para tratar de rebasar el reduccionismo biológico, y sobre la presencia de este tema en los congresos o reuniones médicas.

Así mismo se exploró sobre los derechos de las mujeres en el ámbito médico, para identificar cuáles son las decisiones que en la opinión de profesionistas médicos, les competen a las mujeres en calidad de pacientes

En este momento de la investigación se buscó complementar la información obtenida en las fases anteriores para generar conocimiento a través de diferentes miradas sobre un problema de salud en el que a lo largo del proceso de investigación, se hacía cada vez más evidente, que las explicaciones basadas en diferencias biológicas ocultaban desigualdades y sesgos de género en la atención.

Información sobre EC. La cultura de las pacientes

El personal de medicina general señaló que las mujeres si recibían información sobre la EC, pero que éstas no la *absorbían* por motivos culturales. La mayoría de quienes prestaban servicios en el primer nivel de atención médica, afirmaron que el tema de la EC se abordaba rutinariamente en la práctica médica, pero que ellas no seguían sus indicaciones, como lo expresó Luz:

Lucero: ¿Crees que las mujeres estén suficientemente informadas acerca del riesgo de padecer de EC?

Luz: “Pienso que sí (están informadas), la mayoría... yo creo que en un 80% están conscientes, porque la información se da, pero no la absorbe la gente por alguna razón, no sé si tenga mucho que ver lo... lo... la cultura ¿no?...” (Luz, médica general)

Mientras que para Hugo el hecho de que las mujeres no sigan las indicaciones médicas, ocasiona que se mantengan fuera del *carril*, de manera que en su opinión, ellas *deberían* acudir más frecuentemente a *vigilancia médica*, para que de esta manera sea posible “controlarlas”. Así mismo señaló, que el proceso de búsqueda de información, varía entre las mismas mujeres, en sus palabras:

Lucero: De acuerdo a tu experiencia ¿hay alguna etapa o edad de la mujer que acuda a consulta para obtener información acerca de su propio riesgo coronario?

Hugo: “Sí, cuando ya empiezan a tener los síntomas del climaterio... las mujeres jóvenes no hay problema, se vienen a hacer estudios... las mujeres mayores, las que tienen 40-45 años ¡todavía se resisten!, incluso en nuestros días, todavía hay gente... mujeres que llegan y que les preguntas -¿con qué se cuida para no tener embarazos?, y... -mi esposo me cuida- entonces digo, ¡a pesar de toda la información que recibimos, seguimos oyendo, todavía, esos comentarios!... entonces no hay... ¡esa gente no tuvo educación!, sus papás, sus familiares ¡no le dieron la educación

pertinente! ¿no? ... por su rol como madre, como esposa y encargada de un hogar... ¡le ponen más prioridad a eso que a su autocuidado!...” (Hugo, médico general)

Se observa, que si bien hay una identificación de los roles de género de las mujeres, a la vez se les descalifica relacionando sus prácticas con la falta de *educación pertinente*, que las lleva a priorizar sus mandatos de género sobre sus propios cuidados, y además responsabilizándolas por ello. Hugo también emite juicios de valor y culpa a las mujeres por continuar siendo dependientes y sumisas a sus esposos, *a pesar de la información y la educación actuales*.

Entre el personal médico entrevistado, el del primer nivel de atención es el que asevera con mayor insistencia que las mujeres si están suficientemente informadas acerca de la EC, únicamente el médico más joven de este grupo difiere de sus colegas, y además dijo que:

“¡No!, está muy deficiente la información que ellas tienen, ¡se sabe que los hombres sí!, porque le dan más fama a los hombres... (las mujeres) vienen en cuanto a obesidad, que quieren información de nutrición y de control de peso ¡nada más! (Nicolás, médico general)

Nicolás argumentó que son los hombres quienes tienen información sobre EC, y que las mujeres acuden a consulta médica por obesidad, dado que sobre este problema están centrados los esfuerzos sectoriales de salud, pero que no se les informa acerca de la EC de mujeres, además con la expresión *dan más fama a los hombres*, hizo evidente lo observado a lo largo de la investigación, que se sigue identificando a la EC como enfermedad masculina.

Cabe señalar que en el primer nivel de atención se cubre la mayor parte de la demanda de atención en Sonora y en el resto de México, y que es el filtro para la atención

especializada, ya que a nivel institucional otorgan los países (o referencias) a las diferentes especialidades médicas, de manera que son los agentes de salud que más contacto tienen con las mujeres, y normativamente serían los responsables de promover las prácticas de prevención en salud, de promover la detección oportuna de enfermedades crónicas y llevar un expediente de los valores vitales de sus pacientes.

Por otro lado, el personal de cardiología señala que las mujeres llegan a su servicio sin estar informadas acerca de la EC, lo que contradice las aseveraciones del personal de medicina general.

Teresa dice que también hace falta esa información hacia otras especialidades fuera de la cardiología:

“... hemos fallado mucho en informar adecuadamente a las mujeres de su riesgo de enfermarse y de morir del corazón... ese es un continuo... pero creo que a su vez ha estado muy relacionado a que las enfermedades del corazón siempre se consideraron enfermedades del hombre... lo terrible es que no solo no están conscientes las mujeres,... (tampoco) están conscientes los médicos y los médicos mismos, cuando tú les planteas esto, lo sienten como que –¡a ver! ¿las mujeres también se mueren del corazón?- o sea, ellos no están conscientes de esto...” (Teresa, cardióloga)

Teresa, siendo cardióloga, reconoce que la desinformación de las mujeres sobre la EC, se debe principalmente a que la enfermedad se concibe como propia de los hombres, incluso por el personal médico que no está *consciente* de que las mujeres también enferman del corazón.

Las dos cardiólogas entrevistadas consideran que la especialidad más cercana a las mujeres es la gineco-obstetricia, y enfatizan que el personal de esa área no incluye este problema de salud entre sus prioridades, porque como expresa Teresa, la mujer va *como si fuera solamente un aparato reproductor*:

“... el médico de la mujer... el médico de atención primaria de la mujer ¡es el ginecólogo!, entonces partiendo desde ahí... la mujer va con el ginecólogo ¡como si

fuera solamente un aparato reproductor! ... ¡no hay una búsqueda de factores de riesgo!... ¡pueden pasar muchos años sin que la mujer vaya a hacerse un screen!... como te harías un Papanicolaou y que deberíamos de fomentar esa cultura...”
(Teresa, cardióloga)

Se observa con Teresa como se expresa el *habitus de género* y el *habitus médico profesional*, por un lado cuestiona la visión de la mujer como aparato reproductor, luego enfatiza que las mujeres no se hacen estudios rutinarios para detectar la EC como se los hacen para los cánceres relacionados con la reproducción, y finaliza hablando normativamente de lo que debería hacerse, en el sentido de fomentar desde la profesión médica una *cultura* en las mujeres, para que acudan a detección de factores de riesgo cardiovascular, como lo hacen para el cáncer cervico-uterino.

Un asunto que comparten todos los entrevistados es el de la *menopausia*. Sobre ésta se refieren para:

a) Identificar la edad en que las mujeres buscan información sobre cómo prevenir enfermedades crónicas. En este sentido Elena dijo que alrededor de la menopausia y por la ausencia de hormonas, las mujeres empiezan a pensar en enfermedades que no les preocupaba previamente:

“... realmente en la peri menopausia es cuando empiezan a preocuparse porque empiezan a ver que la ausencia de hormonas les ocasiona esto, lo otro... la hipertensión que... se hacen hipertensas, no por hormonas ¿no?, pero se hacen hipertensas, que el colesterol alto y es cuando apenas empiezan a pensar que si pueden tener complicaciones por manejar el colesterol tan alto y muchos años antes no sé... ¡ni siquiera!...¡ desconocen si tenían o no lípidos altos en sangre!” (Elena, cardióloga)

Se aprecia que Elena, igual que la mayoría de sus colegas, no sólo señala a la menopausia como el momento de quiebre en que las mujeres se preocupan por su salud,

sino que las responsabiliza por no hacerlo antes y por desconocer situaciones metabólicas identificadas en la biomedicina como factores de riesgo cardiovascular, esto es, los niveles de colesterol y lípidos en sangre.

b) Argumentar sobre los problemas emocionales de las mujeres en esa etapa de la vida. Para Luz la menopausia no sólo es un proceso biológico, sino también una etapa en que las mujeres suelen enfrentar otros problemas emocionales, como el abandono de sus parejas:

“... también está muy relacionado con que a estas alturas... está ahorita muy de moda que a los 50-60 años el esposo se divorcia, deja a la esposa vieja y se va con una joven, entonces eso a la mujer le repercute... le causa problemas muy fuertes... Y se puede relacionar con la EC, porque se quedan en un status de ansiedad, desarrollan hipertensión, diabetes, se ponen mal las pacientes, hay muchas que ya con tratamiento antidepressivo y terapias bajan todo eso, pero hay muchas que sí llegan a tener el tramafat, como dicen... y hay veces que el esposo o el ex esposo dicen -¡ay, nomás por llamar la atención se hace la desmayada!- -¡le da el tramafat!-, pero si llegan a desarrollar problemas serios... ¡si me ha tocado ver mujeres que por los hombres!... desarrollan enfermedades fuertes... ¡está documentado!... y en el hombre no tanto... bueno también, pero el hombre aguanta más... el corazón del hombre... bueno el corazón a nivel de hombre... ¡no existe!” (Luz, médica general)

Se observa en este párrafo que Luz está hablando desde su *habitus de género*, y hace referencia a estresores de género como el abandono de las parejas en la edad media de la vida. En este sentido, Tajer y cols (2014a) abordaron este asunto como problemas con la pareja, y Orth-Gomér (2009) como estrés marital. Además, aborda la descalificación de los malestares y la naturalización social de las mujeres por parte de los cónyuges, cuando atribuyen sus problemas de salud a que son emocionales y/o quieren llamar la atención. Por último menciona las diferencias entre el corazón de los hombres y las mujeres en cuanto al amor, sus expresiones reafirman que el corazón es concebido como el “centro de las emociones” de acuerdo a las palabras de Lepraz (2012).

c) Explicar las diferencias entre la EC de hombres y mujeres:

“... las mujeres están protegidas por los estrógenos hasta que empieza la... la deficiencia hormonal, entonces los hombres no tenemos esa protección, entonces nos ataca a más temprana edad, esa es la principal diferencia” (Nicolás, médico general)

Si partimos de la información biomédica sobre el efecto protector de los estrógenos en la EC, y tomamos en cuenta los reportes sobre la mayor letalidad de la EC de mujeres y que se está presentando en etapas más tempranas de la vida, es decir, antes de la menopausia, cuando aun no se ha presentado dicha caída hormonal. Entonces hay que identificar las desigualdades de género que contrarrestan esa protección biológica, es decir los condicionantes sociales y culturales de la salud.

Un tema que se abordó en las entrevistas fue sobre las responsabilidades sociales de las mujeres y cómo se relacionarían con la EC. En general el personal médico identificó principalmente los roles de género femeninos relacionados con la reproducción y el ámbito doméstico, entonces se les cuestionó si éstos tendrían que ver con la búsqueda de información o con las prácticas de cuidados de las mujeres ante la EC.

En algunos casos, los médicos aludían a los roles de género “femeninos”, individualizando la responsabilidad de las acciones en salud y culpando a las mujeres por no superar dichos roles y no “cuidarse”. En este sentido Hugo dice que:

“... la mujer por... tiempos remotos ¿no? ¡siempre!... a pesar de toda la educación que hay... la mujer sigue siendo el género que ... más expuesta está a las inclemencias de las dietas... de la dieta que más que nada que predomina aquí de Sonora... ¡a no cuidarse! a tener la idea de... siempre pasa ¿no?, en casa ¡los hijos! y ¡a olvidarse de lo demás! y no lleve una... una revisión periódica de su estado de salud como debería de ser ¿no?, entonces sigue prevaleciendo... que vienen a consulta cuando ya se están... ¡se sienten mal! o llegan al servicio de urgencias cuando ¡ya van peor!... sí, las mujeres... pocas son, las jóvenes, las de ahora, las que ya tienen más estudio, son las que pueden llevar una dieta, hacer ejercicio, una buena alimentación, pero las... yo estoy hablando de las personas mayores, las que tienen 40-47-50 años que ¡nunca se cuidaron!...” (Hugo, médico general)

Hugo remite al *deber ser* de las revisiones médicas, dado que en sus esquemas de apreciación, la vigilancia médica es indispensable para controlar a las mujeres y sus factores de riesgo cardiovascular. En este sentido, llama la atención que el personal médico no se cuestione acerca de la efectividad de este tipo de intervenciones, siendo que diversas investigaciones comunitarias han reportado que las intervenciones puntuales cuya finalidad es “cambiar” estilos de vida al detectar factores de riesgo, sin resolver desigualdades sociales e inequidades en salud, no modifican significativamente la incidencia de la EC (Ebrahim y Smith 1997, Jørgensen y cols 2014).

Diferencias que invisibilizan desigualdades

La principal regularidad en los discursos del personal médico, es la fuerte relación que establecen entre la EC, la menopausia, la genética y los factores de riesgo cardiovascular como obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes. Sergio aborda esto:

Lucero: ¿Consideras que haya condiciones sociales, culturales o inherentes a la pertenencia de género, que lleven a diferencias en el riesgo de padecer EC?

Sergio: “... fuera de la cuestión hormonal... este... por la cuestión de género, que es más frecuente en mujeres... cuando ya pasa la menopausia que antes... este... yo creo que fuera de eso, ¡no hay otra!... y condiciones socioculturales... ¡no creo que influyan mucho!, ¡no creo que influyan mucho!, igual le da a los pobres que a los ricos, a los que comen chicharrón a los que comen steaks... yo creo que la mayor parte de los problemas de predisposición son... yo, yo le apuesto mucho a la cosa genética y... ¡la base genética es la que te da el impacto de los factores de riesgo sobre un paciente en particular!... y a más edad el impacto de la genética... también te hace más o menos... este... resp... no responsable... te hace más o menos susceptible

de tener la EC... ¡no creo que algo social en este caso influya gran cosa!” (Sergio, cardiólogo)

El énfasis en lo biológico muestra las limitaciones médicas para incorporar otras dimensiones en la conducta de sus pacientes, la subestimación de las condiciones socioculturales y contextuales de las pacientes, y que la información sobre los determinantes de la salud, provenientes de la OMS, no permea en las prácticas de atención.

Por otro lado, el énfasis en lo biológico hace que los esfuerzos se centren en la detección y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, los que son tratados como si ya fuera la enfermedad. Teresa dice que:

“... cuando tratamos esas enfermedades... los factores de riesgo, ¡no tratamos a la enfermedad!, ¡tratamos el riesgo!... ¡tratamos el riesgo!...” (Teresa, cardióloga)

El problema es que esto contribuye a la desinformación y confusión sobre la EC de las pacientes. Además, cuando se tratan algunos de los factores de riesgo como si fueran enfermedades -particularmente con la prescripción de fármacos-, se expone a personas que tal vez nunca iban a padecer la enfermedad, a efectos adversos potenciales de dichos medicamentos, sobre todo a las mujeres, pues a pesar de que se ha incrementado su inclusión en los ensayos clínicos (Mosca y cols 2011), continúan infra representadas (Infac 2011).

El personal médico suele acotar la noción de riesgo al ámbito individual y conductual, a pesar de identificar patrones de género y condicionantes sociales que pueden afectar negativamente la salud de las mujeres. Cabe señalar en este punto, que se encontraron discursos diferenciales entre los médicos y las médicas, tanto generales como especialistas, ya que ellas sí visualizaban algunos factores socioculturales y de género, que en su opinión, exponen a las mujeres a mayor riesgo, como dice Lorena:

“... el estrés, la ansiedad, la depresión, que eso te lleva... por ejemplo, si estoy deprimida o ansiosa o estresada ¿qué haces?, psss... ¡o me sirvo una copa de vino o me fumo un cigarro! y lo que he visto ¡asombrosamente!, últimamente, mujeres, señoras, amas de hogar ¡con drogadicción!, y eso los empuja a eso, y pues ¡va a ver más riesgos! ¡obviamente!, así lo creo yo... ¿Qué hay atrás de todo eso?... pues yo creo que las presiones económicas, el trato con el núcleo familiar y la pareja y los problemas con los hijos... yo digo que todo eso ¿eh? ¡pues que otra cosa!...” (Lorena, médica general)

Se aprecia que Lorena señala como factores de riesgo, tanto estresores específicos de género, como problemas socioeconómicos. Si bien sus observaciones son compartidas por otras médicas, también se obtuvieron en diferentes momentos de las entrevistas, líneas de argumentación contradictorias incluso con la misma entrevistada, dependiendo de la posición de “sujeta” que tomara, esto es, del sentido en que se responde o de lo que evoca una pregunta. Así las médicas a veces adscribían sus respuestas a los esquemas del *habitus de género*, y en otros momentos, a su *habitus médico profesional*.

Por ejemplo, Elena habló de los “nuevos” patrones culturales de las mujeres para defender que no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los factores de riesgo:

“... (antes) era la diferencia, ¡que moralmente pesaba más en la mujer!, pero ahora no... jejeje... ¡fuma por igual! ¡toma por igual! ¡y come por igual... somos cada vez más... en los hábitos... más parecidos a los del hombre, sí... el que le guste el cigarro sea mujer o sea hombre ¡fuma mucho! y el que le gusta comer mucho ¡no importa!... no veo diferencias” (Elena, cardióloga)

Estas líneas hacen referencia a que la mujer en la actualidad se expone a los mismos factores de riesgo cardiovascular que el hombre. Sin embargo, atrás de cada uno de los factores que menciona Elena hay historias ocultas, por ejemplo, el tabaquismo en la primera mitad del siglo XX se fomentó incluso en la literatura biomédica (Rodríguez 2011), aunque la publicidad no incluía a las mujeres (Jiménez s.f.). Para las feministas de la primera ola (s. XVIII-XIX) fue un símbolo de trasgresión a la cultura patriarcal,

posteriormente el manejo publicitario vendió el tabaco en la sociedad de consumo, al implantarlo en el imaginario como creencia de que fumar disminuía el apetito, ayudaba a controlar el peso y a mantener el cuerpo de acuerdo a modelos socialmente impuestos (Jiménez, s.f.). Además lo juntó con la idea de que fumar es efectivo para disminuir la ansiedad, como lo expresó Lorena cuando habló del estrés de las mujeres.

En la conformación del *habitus de género* inciden condiciones materiales y simbólicas del contexto social de procedencia, mismas que cambian durante las trayectorias de vida conforme entran en juego otras estructuras sociales, elementos culturales y capitales que cambian tanto los espacios sociales como las prácticas. Elena dijo que las mujeres están reproduciendo los *hábitos* de los hombres, porque hacerlo ya no tiene el mismo *peso moral* para ellas. Con esto hace referencia a que anteriormente el que las mujeres fumaran o bebieran alcohol era una “grave infracción a la normas sociales”, se asociaba a la decadencia moral de las mujeres que incluso eran catalogadas como desviadas (Jiménez s.f., 1). Estas ideas escondidas en forma preconsciente, en tanto implantadas en el imaginario, se reproducen en la argumentación de Elena acerca del *peso moral* de los *hábitos*. Un discurso que difiere sustancialmente del obtenido en las entrevistas de las mujeres, cuando hablaron de lo moral para significar el sufrimiento.

Elena dijo que las mujeres expresaban sus malestares cardíacos, atribuyéndolos a su edad y roles de género en la vida cotidiana, lo que retrasaba su llegada a atención médica y por eso eran *captadas* más tardíamente y diagnosticadas con un problema cardíaco, enfatizando la responsabilidad individual de las mujeres por dicha demora:

“... la mujer cree que porque está más vieja se siente más cansada y resulta que trae las coronarias con lesión, con obstrucción y por eso ha aumentado su fatiga y sus adolorimientos y piensa que es porque está más vieja, en cambio el hombre no piensa

así, en general dice -¡no!, si yo hacía esto hace poco ¿por qué ahora me canso mucho?- y no siente que porque esté más viejo y entonces lo podemos captar, a veces, más rápido porque acude más rápido al médico y la mujer se retrasa, adjudica su sintomatología a que atiende a todos los hijos, jornadas largas en el hogar o jornadas dobles, o sea, el trabajo y la casa... ¡todo eso! ¡la verdad! (Elena, cardióloga)

Pero la forma en que ella abordaba los roles de género y la percepción de las mujeres acerca de sus malestares, habla de la persistencia en el imaginario de arquetipos tradicionales de mujer, que las colocan en mayor vulnerabilidad, al no percibir sus molestias como secundarias a un problema cardíaco, y que además entran en tensión con otras obligaciones, como el del trabajo remunerado. Esta observación de Elena concuerda con las expresiones de las mujeres en las entrevistas en profundidad, acerca de ser más *aguantadoras* en tanto cumplen primero con sus mandatos de género, su ser para “otros”. Pero también se observa que Elena reproduce las ideas dominantes sobre la posición de las mujeres en el mundo (Lagarde 2012).

La demora en la atención de las mujeres con EC, no es responsabilidad exclusiva de ellas, sino que también tiene un papel importante el personal médico. El problema es que el énfasis en lo biológico y la conformación de un “cuadro típico”, encuadra –valga la redundancia- a la enfermedad con base en síntomas “típicos”, siendo el signo principal el dolor precordial que puede irradiarse a brazo izquierdo, mandíbula y espalda, y otros descritos previamente. Esta concepción de la EC, lleva con frecuencia a la etiquetación de la EC de mujeres como “atípica”. Al respecto José señala:

“... la mujer cuando viene al médico y que trae molestias y que esto y que... ¡síntomas muy atípicos! o los refiere como muy atípicos y... el médico cuando llega... al cardiólogo ya nos llegan referidos, ya con un dolor, (entonces) uno jura ¡este hombre va a tener!, y en la mujer como que... ¡no es que crean menos! pero lleva... eh... se manifiesta de diferente forma... ¡en la mujer es más atípica la enfermedad!, la cardiopatía isquémica es totalmente diferente que en el hombre... la mujer

menopáusica le llega al cardiólogo, al internista, al que sea y dice ¡esta señora no tiene nada! y ahí la traen dando vueltas... la mujer que nos llegue hay que estudiarla... piensas que no tiene nada y ¡sí tienen!, y la mayor parte las mujeres que piensan que no tiene nada... ¡no tienen nada!...” (José, cardiólogo)

Es decir, José caracteriza a la EC de las mujeres como atípica y diferente a la de los hombres, confirma que puede retrasarse el diagnóstico en ellas y luego remite a un proceso de auto-reflexión cuando se refiere a “... la mujer que nos llegue hay que estudiarla”. Sin embargo, esto es un *deber ser*, no *lo que es o pasa* en el servicio, según se ha expresado en las entrevistas, evidenciado así un discurso oculto: es frecuente que a las mujeres las traigan dando *vueltas* porque piensan que *¡no tienen nada!*.

Él asevera, que hay más posibilidades de que se *crea* a los hombres, *creencias* que juegan en contra de las mujeres, ya que como dijera Healy (1991) al describir el síndrome de Yentl, cuando las mujeres con EC llegan a los servicios médicos tienen que demostrar que sí se enferman del corazón para aspirar a ser atendidas.

Históricas emocionales. El valor de la mujer

Otro discurso que se repite, es la concepción de la mujer como más emocional que el hombre. Las médicas consideran que las emociones incrementan el riesgo de las mujeres para padecer EC. Lorena narra al respecto que:

“... a mi se me hace que son más los riesgos (para las mujeres) y... bueno; así lo he visto yo!, como que el hombre es más light y las mujeres somos más obsesivas, más aprensivas, más preocupadas, más tensas, más todo, más... lábiles” (Lorena, médica general)

Y al continuar con la descripción, ella misma procede a la descalificación y subestimación de los síntomas cuando llegan a los servicios de salud:

*“... siempre decimos es histérica... ¿eh?... como decimos... en el hospital... ¿es un PVH! ... ¡no te creen!, ¡porque somos exageradas!, ¡porque creen que queremos llamar la atención!, **porque nos dicen ¡histéricas!** ¡no nos creen!... ¡y al hombre sí!, porque saben que al hombre, como no le gusta enfermarse, si está manifestando que tiene molestias ¡a él sí le creen! ¡a él sí le creen!, así creo yo...” (Lorena, médica general)*

De manera que un concepto emergente en la investigación es “*nos dicen histéricas*”, pues expresa la concepción de que las mujeres en esencia son seres *emocionales*, más *preocuponas*, que *fingen* sentirse enfermas para llamar la atención. Sin embargo, podríamos vincular estas prácticas con una eventual mala praxis médica en el diagnóstico de EC de mujeres. Hugo cuenta:

“.. si el médico que está atendiendo a la mujer, no tiene la experiencia, se puede confundir con ansiedad... irse con la finta (SIC) y en verdad (ella) trae una angina... una enfermedad hipertensiva o una encefalopatía que esté haciendo... ¡no sé!... ¡y si suele pasar! ¿eh?...por lo regular la mujer que llega a urgencias lo primero que dicen ¡es una PVH! pero... no la exploran bien, le ponen 5000 medicamentos, como algo alternativo ¡nomás para quitársela!(de encima) y que se vaya a consulta externa ¿no?... y no están detectando que se trata de un problema orgánico... lamentablemente así es... ¡hasta les ponen alemanas!” (Hugo, médico general)

Mientras PVH es una etiqueta misógina para referirse a las mujeres histéricas, las alemanas son inyecciones intramusculares con fármacos que causan dolor en el sitio de inyección, cuya finalidad es revertir el cuadro histérico. Los testimonios de Lorena y Hugo aluden a una práctica frecuente: la estigmatización de las mujeres –histéricas-, la descalificación de sus síntomas –fingidos-, y la utilización de “tratamientos alternativos” no inocuos para la histeria.

Otra etiquetación de las mujeres es que son *complejas*, expresión que se equipara con

emocionales. Con esta calificación se culpabiliza y en el caso de Teresa, se auto-culpabiliza, como se observa en el siguiente testimonio:

“... un hombre una vez que le detectas el problema como que se concientiza, como que se cuida... como que agarra más la onda ¿no?, o sea... y a veces a las mujeres nos cuesta... también creo que... ¡las mujeres son más complejas en muchos sentidos!, o sea, no nada más por lo que te rodea, la mujer per se es compleja, la mujer es... eso creo que... al margen jejeje... la situación es que ¡creo que al hombre le va mejor que a nosotros! porque ¡la mujer es toda resentida!, es a veces ¡muy depresiva!... al margen de lo que es el impacto de lo que te rodea, de lo que te forma como mujer, que debes ser buena, linda, hermosa, buena mamá, buena esposa, buena en todo, ¡en sí la mujer es compleja! ¡yo así lo siento!...” (Teresa, cardióloga)

Histéricas, emocionales, complejas, son términos con los que se etiqueta socialmente a las mujeres, y que son reproducidos tanto por los médicos como por las médicas que participaron en esta investigación. Mientras que PVH es un “diagnóstico” que une la naturalización social, la descalificación de los malestares de las mujeres y su patologización, no sólo con la concepción histórica de las mujeres como seres enfermas – *Histéricas*- (Tornos 2014), sino con la violencia de género y la misoginia –*Pinchi Vieja*-.

Esta práctica clasificatoria de las mujeres con EC como *histéricas* contribuye al sub-registro de sus primeros síntomas coronarios, retrasa la atención temprana y oportuna de la enfermedad y viola sus derechos al no ofrecer una atención digna y de calidad, así como a tener un diagnóstico correcto.

Se constató en las entrevistas, que cuando ya se sospecha el diagnóstico, las mujeres siguen teniendo menos oportunidades para que se realicen los procedimientos médicos. Y cuando los resultados de los estudios no son concluyentes, porque no se demuestra el mismo tipo de “lesiones” observadas en los estudios de los hombres, se descarta el diagnóstico de EC, incluso en mujeres que sí tienen la enfermedad. Teresa, médica cardióloga, refiere esto:

“... la otra situación es que una vez que las mujeres se les llega a sospechar el diagnóstico de una angina de pecho lo que sigue es que... cuando se le realiza un cateterismo cardíaco, resulta que las coronarias están bien, o sea, ¡no hay lesiones angiográficas en las coronarias!, pero ¡la mujer sufre más de la enfermedad micro vascular! y entonces el cardiólogo, generalmente hombre, hemodinamista... dice – mmm... este... no tiene ¡no tiene nada! ¡usted no tiene nada!, ¿el dolor?... le duele, pero ¡no tiene nada!... está... algo tiene, ¡está deprimida! ¡está menopáusic!, pero ¡no tiene nada!-. Pero se ha visto que realmente ¡la mujer sí tiene isquemia!... y cuando ya se detecta el problema, sí se ha visto que pudiera ser que la mujer tenga menos oportunidades, incluso de cateterismo...” (Teresa, cardióloga)

A pesar de los reportes en la literatura biomédica (Pratt 2007, Gadda 2010, Barros y cols 2013), sobre las diferencias anatómicas y fisiológicas en la circulación coronaria de hombres y mujeres, y de las diferencias en la caracterización de la EC (Medrano 2012) persisten los esquemas de apreciación de la enfermedad, según estándar masculino. Sergio señala sobre las diferencias de la EC:

“... sabiendo cómo son hombres y mujeres, puede ser que la mujer sea más probable... eh... puede ser que busque más la atención que el hombre, el hombre generalmente... es como siempre ¿no?, el hombre trata de minimizar o negar los síntomas porque eso va pues... sabe que eso... o sea, no acepta tener eso porque sabe que eso lo va a limitar, lo va a limitar funcionalmente, a lo mejor deja de trabajar, tiene responsabilidades... una serie de cosas que lo hacen hasta cierto punto negar los síntomas o atribuirlos a otra cosa ¿no?, y la mujer no tiene tanto ese... ese... ese precio ¿no?, y entonces no piensa tanto en eso y puede ser que busque más la atención cuando siente algo que no... de hecho bueno lo vemos en... en el consultorio lo ves, aunque ahí está sesgado un poco, porque hay más mujeres que llegan y que -¡ay, me duele el pecho!- que hombres ¿no?, la mayoría... ¡muchas de esas lo que tienen es puro estrés!, pero buscan pues... porque les duele el pecho” (Sergio, cardiólogo hemodinamista)

Al respecto, es importante resaltar lo que dice Teresa sobre el hecho de que la mayoría de hemodinamistas en el país sean hombres, y de que esto incrementa la posibilidad de que no se tomen en cuenta las diferencias y se mantenga la visión de la enfermedad como básicamente masculina.

En este testimonio se hace mención además, al menor *precio* que tienen que pagar las

mujeres, dado que, de acuerdo a Sergio, no tienen tantas *responsabilidades* y eso las lleva a buscar más pronto y con más frecuencia atención cuando sienten dolor de pecho, aun cuando sólo tengan *puro estrés*. El discurso oculto en este párrafo es si Sergio considera que las mujeres lo que buscan es llamar la atención, porque esa es la idea que sustenta el “diagnóstico” de PVH, y que al conjugarse con la apreciación de que las mujeres son especialmente emocionales, termina atribuyéndose la sintomatología de la EC a la *menopausia* y/o a la *depresión*.

José dice que cuando no se encuentran lesiones “típicas” en los estudios de mujeres, hay que tomar esos resultados con cautela, ante la posibilidad de falsos negativos y que las mujeres realmente si tengan la enfermedad:

Lucero: ¿Crees que sea necesario trabajar con protocolos diferentes para hombres y mujeres la EC?

José: “Debería hacerse hincapié en que la cardiopatía isquémica en la mujer es diferente y el protocolo de estudio aunque es el mismo, sería insistir más que si a una mujer le hacen una prueba de esfuerzo y ésta sale negativa, llévala a otro estudio, prueba con dobuta o un perfusorio, que eso probablemente ya te salga positivo, tienen más sensibilidad y más especificidad, la prueba de esfuerzo es baja en la mujer... a veces hay más falsos positivos o falsos negativos en la mujer que en el hombre... si debería hacerse un protocolo para estudiar a la mujer” (José, cardiólogo)

Sugiere la utilización de estudios diagnósticos más específicos para las mujeres, expresándose en cómo debería estudiársele, esto es en el sentido normativo –el deber ser– que impera en la práctica médica, pero que no indica forzosamente que las cosas se lleven a cabo de esa manera.

Como vemos enseguida, entre los médicos también hay diferencias de opinión y en consecuencia, de prácticas en la atención. A diferencia de sus colegas, Sergio en su calidad de hemodinamista, considera que hombres y mujeres tienen la misma posibilidad de que se sospeche EC cuando llegan a los servicios de salud con síntomas sugestivos, y que el

problema va en otro sentido, pues en su opinión:

Lucero: Cuando llegan a los servicios médicos ¿tienen la misma posibilidad hombres y mujeres con EC, de que se sospeche ese diagnóstico?

Sergio: “Yo creo que sí, yo creo que sí... este... excepto los pac... yo creo que va más con la edad que con el género ¿sí?, porque un paciente joven se le... casi no se piensa en eso... que pueda tener un problema coronario, entonces ya vemos y resulta que ¡hombres y mujeres a los 30 años pueden tener un problema coronario!... pero te llega un paciente con un dolor en el pecho de 30 años, no piensas de entrada que tenga un problema coronario y si le llegas a tomar un electro que no tiene nada, pues ¡puede ser que lo llegues a dar de alta!, pues, ¡pasa! ¡pasa!...” (Sergio, cardiólogo)

Trae a colación otro factor que contribuye al sub-registro de la EC, el hecho de que se esté presentando en edades más tempranas en ambos sexos. En relación a este sesgo de edad, hay literatura que reporta que en mujeres jóvenes se suman ambos sesgos: de género y generacional. Es decir, que el sub-registro de la EC es mayor en mujeres jóvenes, comparada con hombres y mujeres post-menopausia (Tajer 2005, 2009).

Teresa también habla de la edad de aparición de la enfermedad, pero agudiza su análisis al ligarlo con el “impacto” social de la enfermedad, ella dice que:

“... la situación es que a veces impacta más a un hombre de 40 años con infarto, que a una mujer de 50, porque puede ser que un hombre a los 40 sea muy productivo todavía y una mujer a los 50 ¡no tanto!, entonces como que el impacto social cambia ¿no?... o puede ser un hombre a los 50 a una mujer a los 60, entonces la presentación más tardía de la cardiopatía coronaria (en la mujer) hace que el impacto sea menos y bueno gran parte... ¡la mayoría de las mujeres que enferman son después de los 65 años!” (Teresa, cardióloga)

Esta línea argumentativa se relaciona con el menor valor social de la mujer, ya que en las dos comparaciones, Teresa asigna un menor valor “productivo” a la mujer, aunque no excluye a las mujeres incorporadas al mercado laboral, éstas son menos importantes. Su apreciación es parecida a la Sergio cuando dice que las mujeres pagan *menos precio* y tienen *menos responsabilidades* (productivas) que los hombres. Estas valoraciones tienen consecuencias negativas a la hora de tomar decisiones sobre las mujeres y concuerdan con

lo que dijeron las mujeres en las entrevistas en profundidad: el menor valor social de las mujeres y de las mujeres-enfermas del corazón.

Mientras que José considera que si bien la EC en mujeres se está presentando en edades más tempranas, también ellas son responsables ya que en su opinión:

“... la mujer empieza a tener mas riesgo para EC en la menopausia, entonces en las primeras etapas de su vida, antes de la menopausia, en ocasiones ¿no se preocupa por su salud! y a pesar de que ahorita estamos viendo gente mucho más joven, de 30 años, entre los 30 y los 40 años, que todavía no son menopaúsicas y están enfermas del corazón, con arterias tapadas, ¿estas gentes en ningún momento nos mostraron que se hayan preocupado por su salud!...” (José, cardiólogo)

En su discurso se aprecia como las predisposiciones incorporadas en el *habitus médico profesional* a través de “...descalificaciones, regulaciones, jerarquizaciones...” (Castro 2014a, 174), en tanto experiencias vividas o atestiguadas en la formación médica, se reproducen en las prácticas de atención, y se vinculan con “los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional” (Ibíd.). En este caso se expresa a través de la emisión de juicios hacia las mujeres, porque tendrían la obligación de *demostrar* a los/as médicos/as, antes de enfermar, que les preocupa su salud.

Prácticas de atención

Como hemos descrito en páginas anteriores, los y las prestadores médicos consideran que es la cultura de las pacientes lo que determina sus prácticas de atención. Pero también se reconoce que dicha cultura no es influida por el sector salud, al no contar con una

política fuerte y sostenida para difundir los factores de riesgo y la importancia de las prácticas de prevención y detección oportuna de las EC. Elena opina lo siguiente:

“... se habla algo de la menopausia, que la densitometría, que el Papanicolaou, que la mama... el cáncer de mama, todo eso, entonces ¿se podría agregar!, ¿porque no es poco el número de mujeres que tienen angina de pecho!... ¿cardiopatía isquémica!... entonces se podría agregar y posteriormente a personas mucho más jóvenes... cuando tienen vida sexual activa les sugieren los Papanicolaou, y ahí agregar también ¿cómo prevenir la cardiopatía isquémica!...” (Elena, cardióloga)

Ella señala -como lo hacen la mayoría de entrevistadas/os-, que el sector privilegia la prevención y atención temprana de las enfermedades relacionadas con la reproducción, y no la EC y enfatiza la necesidad de implementar estrategias preventivas para este problema de salud.

En cuanto a las campañas masivas de información y promoción a la salud cardiovascular en la mujer, si bien la mayoría considera que pudieran ser de utilidad, también se expresaron algunas dudas sobre qué tanto se pueda lograr con ellas. Sergio señala:

Lucero: ¿Consideras que hagan falta campañas para concientizar a las mujeres acerca de la EC?

Sergio: “... no sé en realidad que tanta diferencia hiciera una campaña... ¿qué harías en una campaña? ¡muy poquito!, por ejemplo, que checaran ahí a las mujeres si son diabéticas, que no sepan ellas o si son hipertensas ¿si?, o concientizarlas del cigarro, del daño que hace, pues sería lo único ¿no?, pero pues... ¿qué tanta diferencia?... yo creo que si se hace una diferencia pero no es una cosa que vaya a repercutir enormemente en la incidencia, pero yo creo que si se hacen campañas, pues que vayan dirigidas a eso, a detectar a las pacientes con factores de riesgo” (Sergio cardiólogo intervencionista)

Mencionan que la única campaña mediática dirigida específicamente a la población femenina, la patrocinó la industria farmacéutica en el 2013, enfocándola en la detección y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular, con el sesgo mercantil que suelen tener este tipo de intervenciones, sobre todo porque centran el foco de la campaña en la

medicalización de factores de riesgo y dejan de lado el dar a conocer a la sociedad y a la población femenina estrategias preventivas específicas y contextualmente ubicadas sobre la EC de mujeres.

Mientras que Hugo señaló, que a nivel gubernamental no se ha invertido en campañas sobre la EC:

“... al gobierno al parecer no le importa mucho ese aspecto de cómo está el índice de morbi-mortalidad del paciente en las enfermedades cardiovasculares... lo que le importa al gobierno es que haya dinero y las campañas... yo creo que no... ¡no le importan mucho!...” (Hugo médico general)

De acuerdo a Hugo, hay una ausencia del Estado o al menos un retardo en la implementación de estrategias preventivas para la EC de mujeres, lo que apoya la necesidad de visibilizar las diferencias en la EC de hombres y mujeres, y de llevar a acciones positivas para buscar la equidad de género en la EC.

Por otra parte, el personal del primer nivel de atención señaló, que las diferencias de género de la EC, es un tema que se soslaya en sus reuniones y/o congresos, de acuerdo a Lorena:

“... me ha tocado, fijate a mí que... la abordan en forma general (a la EC)... este... si vas a algún congreso o algo, lo hablan así en general, pero ¡no hacen un apartadito exclusivo para hablar de la variedad o la diferencia de la EC entre el hombre y la mujer! y la importancia..., ¡yo no he visto que le den mucha importancia!, yo así lo percibo...” (Lorena, médica general)

Es decir, que no sólo la información sobre la EC sigue siendo manejada en forma general, sino que además, de acuerdo a Lorena, no se le da importancia a las diferencias de la EC entre hombres y mujeres. En este sentido, Lorena coincide con Teresa, cuando dice que este tema no es abordado por todas las sociedades médicas con la frecuencia e

intensidad que se requiere, sólo que Teresa agrega otra de sus experiencias en el sector salud:

“... a mí me llamó mucho la atención que en el D.F., cuando fui a dar una plática (un seminario internacional organizado por la Secretaría de Salud), que realmente ¡la Secretaría de Salud tiene todo un organismo dedicado al aparato reproductor de la mujer!, porque ¡es puro cáncer de mama y cáncer cervicouterino!, o sea, están cayendo en la misma situación y ¡las mujeres no se están muriendo de eso!, ¡la mujer se está muriendo del corazón!” (Teresa cardióloga)

Como se comentó en el capítulo de contexto, la Secretaría de Salud tiene un plan de acción para riesgo cardiovascular, lo que vemos en las entrevistas es que el personal médico que se entrevistó no lo conoce. Mientras que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva al que hace referencia Teresa, no sólo atiende cáncer femenino, sino también tiene programas para la búsqueda de la igualdad de género en salud, para prevención y atención de la violencia, para salud materna y perinatal, planificación familiar y anticoncepción, y salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Teresa expresó que uno de los problemas principales en la atención de la EC es que la mujer no está consciente de este problema de salud y también dice que:

Teresa: “... ni siquiera la comunidad médica está consciente de esto, me ha tocado hacer... preguntar -¿cuál es la primer causa de muerte en las mujeres?-, incluso donde hay congresistas médicos y te contestan que el cáncer de mama es la primer causa de muerte, entonces lo terrible es que ¡no solamente no están conscientes las mujeres, no están conscientes los médicos! y los médicos mismo cuando tú les planteas esto lo sienten como que -¡a ver! ¿las mujeres también se mueren del corazón?- o sea, ellos no están conscientes de esto... entonces el problema es que los médicos no están conscientes de eso”

Lucero: ¿Por qué?

Teresa: “Porque de una manera ellos no se han interesado, ni los cardiólogos siquiera en las enfermedades del corazón de las mujeres, ni siquiera en reconocer la fisiopatología o el comportamiento de las enfermedades del corazón en las mujeres” (Teresa, cardióloga)

De acuerdo a estas argumentaciones entendemos que la invisibilización de la EC de

mujeres obedece a varios factores: la falta de concientización de las mujeres, y la falta de interés por parte del personal médico para reconocer, identificar y trabajar de acuerdo a las diferencias de la enfermedad. Y por parte del sector salud, el que no se haya trabajado este problema con el mismo énfasis que se hace para los cánceres relacionados con la reproducción.

Contrario a estas afirmaciones, Sergio señala que si se conoce este problema en el área médica:

Lucero: ¿Consideras que sería conveniente abordar acerca de las particularidades de la EC de mujeres en los congresos o reuniones médicas?

Sergio: yo creo que ya en el área médica pues es bien sabido... es bien sabido el problema, es bien sabido los factores de riesgo que traen... que provocan la enfermedad... eh... no creo que le vayas a decir a la mayor parte de los médicos cosas nuevas, me parece, ya depende más de ellos, de su disposición más de que le estés diciendo, o... este... que los incluyan en campañas de prevención, al grupo de médicos que no sean cardiólogos yo en realidad no creo... digo... a los médicos de primer nivel (pues) ahí hacer una campaña incluidos los médicos de primer nivel que son los que detectan los factores de riesgo, pero no vas a llevar a cardiólogos a que tomen electros... ¡para nada! (Sergio, cardiólogo intervencionista)

En su explicación Sergio evade la respuesta pues no hace referencia directa al por qué no se habla de las particularidades de género de la EC, no sólo porque considera que no hay nada nuevo que decir a los médicos sobre este tema, sino porque él no reconoce las diferencias socioculturales y de género en la EC de mujeres, como se comentó previamente.

Mientras que José habló sobre la importancia de este tema

Lucero: ¿Consideras que se abordan las particularidades de la EC de mujeres en los congresos o reuniones médicas?

José: "... debería... lanzaron aquella campaña, la de corazón a corazón y demás, pero como que fue temporal, un laboratorio la patrocinó, pero eso debería de ser permanente, ¡picar piedra todos los días, todos los días! y... ¡no se está haciendo! ¡medicina preventiva en la cuestión cardiológica, no se está haciendo! ¡prácticamente! (José, cardiólogo)

Él enfatiza la necesidad de trabajar permanentemente en la prevención de la EC de mujeres. Lo que parece evidente es que la invisibilización de la EC de mujeres en los congresos médicos es una constante, como se aprecia en estos testimonios:

“... hace falta, porque además desgraciadamente los médicos tendemos a trabajar cada quien por su cuenta, o sea, tú ahorita puedes estar viendo todo el aspecto sociocultural y demás, pero los médicos, los ginecólogos trabajan por su cuenta y los cardiólogos también trabajamos por nuestra cuenta...” (Teresa cardióloga)

“... hasta ahorita no he escuchado nada, jejeje... no he visto así un tema enfocado a cardiopatía isquémica en mujeres ¡No!... ha sido general y pues ahí se ha visto que la prevalencia es más en hombre jóvenes y que ya después que hay la deficiencia de estrógenos se iguala el riesgo” (Nicolás médico general)

Sólo uno de los cardiólogos entrevistados considera necesario establecer protocolos diferentes para llegar al diagnóstico de la EC de mujeres, con base en la eficacia diferencial entre hombres y mujeres de los estudios diagnósticos, señalando que:

Lucero: ¿Crees que sea necesario manejar protocolos diferenciales entre hombre y mujeres?

José: “Debería hacerse y hacerse hincapié en que la cardiopatía isquémica en la mujer es diferente y el protocolo de estudio, aunque es el mismo, sería insistir más que si a una mujer le hacen una prueba de esfuerzo, y ésta sale negativa, ¡llévala a otro estudio!, prueba con dobuta o con un perfusorio, que eso probablemente ya te salga positivo, tienen más sensibilidad y más especificidad, ¡la prueba de esfuerzo es baja en la mujer!, ¡sí debería hacerse un protocolo para estudiar a la mujer!...” (José, cardiólogo)

En su argumentación se observan indicios de avances en la atención de la EC de mujeres, cuando reconoce que los procedimientos diagnósticos comunes no son tan útiles en mujeres. Al respecto se han hecho modificaciones técnicas en algunos materiales utilizados para procedimientos diagnósticos de las mujeres, cabe destacar que en otras regiones, se han establecido protocolos diferentes, no sólo para el estudio, sino también para el tratamiento de la EC de mujeres (Tajer y cols 2014^a), acciones que han mejorado sin

revertir completamente las desigualdades (Tajer y cols 2013).

¿Derechos? ¡responsabilidades!. “Tener un cuerpo y manejarlo saludablemente”

Para profundizar acerca de los derechos de las mujeres, se indagaron varios aspectos con el personal que las atiende, uno de ellos es si consideran que la distribución más equitativa del trabajo en el hogar redundaría en beneficios para las mujeres ante la enfermedad. Los datos obtenidos muestran grandes diferencias en las respuestas, sobre todo entre médicas y médicos.

Las médicas señalan la violencia de género como una causa de las mujeres para no buscar atención. Luz respondió:

Lucero: ¿Crees que sería útil para la prevención de la EC, realizar campañas dirigidas a toda la sociedad que abordaran la distribución más equitativa de las responsabilidades en el hogar?

Luz: “Mmm... sí, una equidad de género en el hogar, ¡bastante!... más porque todas... yo creo que muchas lo saben ¿no?... ¡ya lo saben! ¿no?, pero... ¡como que le tienen miedo al hombre!, o sea yo pienso que también están en una cosa como de violencia ¿no?, porque por ejemplo –oye ¿por qué tu esposo no barre?- -¡nombre, si le digo se enoja!-, y si se enoja puede ser que le grite –¡estás loca, yo no soy esto para barrer!- o algo... entonces una campaña de concientización pero ¡para toda la población!, para que el esposo también escuche... ¡para que el esposo también escuche... a qué tienes derecho! ¿no? ¡para que te ayude!...” (Luz, médica general)

Luz habla de equidad de género, junto a miedo, violencia y derechos, a la vez que se observa la reproducción social de su papel subordinada como mujer, cuando clama porque el hombre conozca los derechos y *te ayude*, sin visualizar los trabajos domésticos como

obligación y responsabilidad compartida.

En otros temas, sobre todo de parte de las médicas, giran en torno al papel creciente de la mujer en el mundo laboral, y cómo llevan a cabo dobles o triples jornadas de trabajo y lo que eso implica. Elena respondió que la distribución de las labores en el hogar *debería de ser más equitativo*, ya que esto las beneficiaría a las mujeres, para llevar más actividades relacionadas con su salud:

“... si (la mujer) por un lado tiene más equitativo su trabajo en la casa, podría dedicarse supongamos a caminar cuando menos, si no a un gimnasio... repensar -que voy a hacer en cuanto a la dieta, mi dieta y la de mi esposo porque debe de ser más o menos por igual, la dieta de nosotros adultos y la dieta de los niños, no debe de cambiar mucho, si en cantidades pero en calidad... que tome ciertas medidas para ir al súper más tranquilamente y que vea qué va a comprar y después como lo va a hacer y todo eso...” (Elena cardióloga)

Se observa también que Elena reproduce su *habitus de género* cuando dice que las mujeres podrían utilizar el tiempo para planear más tranquilamente la dieta propia y *la de su esposo e hijos*. El proceso de socialización de género se expresa remitiendo a las mujeres a la esfera privada, aun en aquellas que están situadas en la pública, como es el caso de Elena, y además asocia el tiempo libre de las mujeres con las atención a las necesidades de los “otros”.

Mientras que Luz cuestiona la falta de apoyo familiar para las mujeres, y narra su experiencia sobre cómo las mujeres posponen sus citas médicas, por estar al cuidado de “otros”, como hijos y en el caso de las abuelas, a los nietos:

“...no vienen a la cita y me dicen -no pude ir porque el niño se enfermó y no tengo quien me lo cuide- si hay mucha violencia en ese tipo con la mujer ¿no?, que a veces no es equitativo el trabajo en el hogar y... aunque trabajen igual, la responsabilidad es diferente... eso si se ve, ¡mucho se ve!... mmm... aquí tengo muchas mujeres en estos casos, por ejemplo -señora tenía que venir el día 15- y me toca ver a muchas que (dicen) -es que no tuve tiempo, tuve que hacer la comida, la cena mexicana- y así... también la mujer a veces se adjudica responsabilidades que ni al caso ¿no?, cuidar a

los nietos, todo eso... yo les aconsejo y han de decir –¡ay!, la doctora está loca- ¿no), pero por ejemplo –¡por qué no vino señora?- -no pues me dejaron a cuidar a mis nietos y no pude salir porque el niño tenía...- -¡pero ya no es su hijo señora!, ¡usted tiene que tomar su vida en sus manos ya!... entonces sí (falta) concientizar a toda la familia, una campaña que sea a nivel general, por ejemplo gubernamental, y para que los hijos también escuchen, los hijos, los hombres y pues las mujeres también aprendan a ser fuertes ¿no?” (Luz médica general)

A la vez, las culpabiliza porque considera que está en manos de las mujeres *aprender a ser fuertes*, como si fuese un acto voluntarista e individual, es decir no se pregunta cuáles son las posibilidades de acción de las mujeres, tanto en la familia como en el campo médico, aun cuando en otro momento de la entrevistas habló de la violencia de género.

La adjudicación de los cuidados a las mujeres, no es una decisión netamente personal, sino que son predisposiciones recreadas en la vida cotidiana en forma preconsciente, en tanto están socialmente determinadas y relacionadas con capitales específicos y relaciones de poder institucionalizados que juegan “... en la producción y reproducción de las relaciones de dominación” (Castro 2014b, 172).

En cuanto a derechos en salud, se exploró si en las prácticas de atención médica se fomentaba que las mujeres eligieran libremente las decisiones relacionadas con la EC, después de haber sido informadas adecuadamente sobre las opciones diagnósticas y/o terapéuticas, incluyendo el negarse a someterse a procedimientos.

Como se comentó en párrafos anteriores, hubo grandes divergencias entre el personal médico, acerca de la información que se les da a las mujeres sobre la EC de mujeres. Y cuando se les preguntó qué tipo de decisiones pueden tomar las mujeres en relación a la EC, se les dificultó responder, por ejemplo José dice que:

“Pues la decisión que deben de tomar (las mujeres)...eh... primero la actitud preventiva, el control de los factores de riesgo y después pensar que... ¡que se enferman igual que los hombres! y que deben de... las mujeres como están pendientes

del cáncer de mama, del cáncer cervico-uterino ¡debían estar pendientes también del corazón!, que se enferman arriba de cierta edad, se emparejan con el hombre y rebasan al hombre en la enfermedad del corazón... ” (José, cardiólogo)

José equiparó el cuidado que en su opinión las mujeres tienen sobre cánceres femeninos, con el que deberían poner a la EC. Con el discurso del *deber ser*, se termina por culpabilizar a las mujeres por no estar pendientes y no preocuparse por la EC.

Este sentido normativo se expresa en otras entrevistas como el *control*, la *educación*, la *cultura*, pero en lo general se circunscribe a lo que las mujeres *deberían hacer* para no enfermar, no en qué decisiones pueden tomar en relación a la enfermedad, tal como se observa en el discurso de Elena:

Lucero: ¿Qué tipo de decisiones podrían tomar las mujeres cuando tienen EC?

Elena: “... ¡pues todas la responsabilidad de tener un cuerpo! y... manejarlo saludablemente en la dieta, en el ejercicio... acudir al médico cada cierto tiempo a exámenes generales, ¡hacer caso de su organismo!, si tiene un dolor, ¡ver de que se trata!, ¡no dejarlo para lo último!, sobre todo los de origen cardíaco, en la parte anterior (del tórax), de que... ¡es su responsabilidad ver como maneja los colesterolos! ¡cuál es su metabolismo! cuál debe de ser su peso ideal, si fuma pues dejar de fumar porque en el radio... eso sí, el tabaquismo sí tiene bastantes programas para...!” (Elena, cardióloga)

Elena relaciona toma de decisiones sobre la enfermedad, con la decisión de cuidarse a sí mismas, tornándola en un discurso de *responsabilidades*, y alejándose propiamente de la pregunta sobre toma de decisiones en el espacio de la atención médica, en la consulta. Sin embargo, considerando que asumir una responsabilidad es tomar una decisión, cumplir una responsabilidad es una decisión, cabe preguntarse qué tan limitadas están las acciones de las mujeres ante la EC.

La responsabilidad, en todas las entrevistas, se expresa como una conducta individual, y en general en los discursos se responsabiliza a la mujer de asuntos tan difíciles

como *ver cómo manejar su metabolismo* y sus *colesteroles*. Líneas argumentativas que van de la mano con la visión de los factores de riesgo como producto (s) de los estilos de vida, sin considerar condiciones macro sociales y culturales, y además aluden a asuntos que son de laboratorio y no visibles al ojo humano.

De igual modo, para identificar procesos de toma de decisiones y gestión de las necesidades de salud de las mujeres, se le preguntó al personal médico si las mujeres solían acudir solas o acompañadas a la consulta médica. La mayoría de entrevistados/as señala que ellas suelen ir solas a consulta, y que cuando acuden acompañadas es generalmente por otra mujer. Teresa dijo que aún cuando las acompañen los hombres, *ellos tienden a mantenerse un poquito al margen*.

Sin embargo, José agregó que las mujeres suelen acudir solas a consulta, pero que cuando las acompaña su pareja, enfrentan otro tipo de problemas:

José: Habitualmente las mujeres acuden solas a consulta

Lucero: ¿A ellas solas les das las indicaciones?

José: Sí, absolutamente, porque... cuando van con el marido, ya sabes -¡no tiene nada!, nomás la traigo a que la cheque ¿no?- se pueden dar en pareja las pláticas, lo que es la medicina preventiva, pero a la mujer ¡se le debería de insistir así en pláticas solas!, decirles -¡esto y esto y esto! ¡si tú estás!... ¡si te duele el pecho o si tienes esto! ¡no estás loca!, ¡ni es la menopausia! ni esto... primero ¡ demuéstrate que no es del corazón! y después, ya que te hayan demostrado que no tienes nada, entonces ve la cuestión emocional y hormonal y demás-... ” (José, cardiólogo)

En este párrafo José señala la descalificación de las mujeres por parte de sus parejas, que más que ayudarles al acompañarles a la consulta, pueden ser un estorbo, y pone énfasis en la importancia de descartar la EC antes de etiquetar los malestares de las mujeres como problemas emocionales. Este es un punto importante en la atención médica, pues la secuencia de estudios para llegar a un diagnóstico, dependen de la “sospecha” clínica del personal médico, el problema es que la estigmatización de las mujeres como locas,

menopáusicas, emocionales, depresivas, puede reproducirse en el campo médico y retrasar tanto el diagnóstico como el tratamiento de la EC.

El personal entrevistado señala que cuando emiten indicaciones médicas se dirigen a las propias mujeres, ya que ellas *toman el volante* en cuestiones de salud, tanto la propia como la de su pareja. Es decir, se expresan contradicciones, ya que por un lado se les descalificaba en relación a los cuidados y la toma de decisiones sobre la EC, y por el otro identificaban su rol de cuidadoras de salud, específicamente refiriéndose a que cuando los afectados era los cónyuges, se dirigían a ellas en tanto asumían encargarse de los cuidados de sus parejas. Elena señaló:

“En primer lugar me dirijo a ellas, pero también a ellos, donde veo más problema es en los hombres, ellos no quieren saber nada de cómo se van a tomar el medicamento o qué dieta llevar, quieren que la vieja sepa cómo se va a tomar los medicamentos o cuándo hay que volver para hacerse este estudio o lo otro, para qué sirve el estudio y porque se lo debe hacer, el hombre tiene más tendencia a delegar lo que a él le corresponde, nosotros le preguntamos a un paciente varón qué toma y siempre le grita a la vieja” (Elena, cardióloga)

Aparte de esta contradicción, también se observó que si bien las mujeres eran las cuidadoras de la salud familiar, no eran retribuidas de la misma manera por aquellos que cuidaban, por ejemplo, tenían menos posibilidades de inserción en programas de rehabilitación¹⁵, ya que según Luz *no tienen quien las lleve*. Si bien esta frase refleja la mayor dependencia de las mujeres para movilizarse, también coincide con los reportes de Orth-Gomér (2009) sobre la tasa menor de sobrevivida en mujeres con EC, asociada a menor soporte de las redes de apoyo. En las entrevistas en profundidad se evidenció que ninguna de las 9 mujeres participantes acudía a programas de rehabilitación.

¹⁵ Los programas de rehabilitación cuentan con recursos físicos y humanos para facilitar la reincorporación de pacientes afectados del corazón a la vida cotidiana y al trabajo. Con monitoreo electrónico, esquemas de ejercicio gradual, orientación nutricional, y apoyo psicológico. (Nota de la autora)

Aunque el resto del personal entrevistado considera muy importante la rehabilitación, toma una posición diferente para explicar la poca presencia de mujeres en estos programas.

Por ejemplo, Sergio señaló:

“La rehabilitación, es un tema muy importante que no se le da suficiente importancia, aquí hay una persona que hace rehabilitación pero no hay una cosa institucional... es muy importante para los pacientes cardiopatas, puede ser para pacientes que sacas después de cirugía o pacientes que no son candidatos, les puede mejorar la calidad de vida... y ¡tiene que ser una especialista!... también puede llegar a ser necesario el apoyo de un psicólogo, un psiquiatra, porque a veces los pacientes quedan muy trastornados y a veces tú les ayudas en algo pero a veces te das cuenta que no nomás es la pastillita a ver como le cae, un tafil, tiene que llevar un seguimiento y le tienes que decir –sabe qué, yo le voy a dar algo, pero la verdad ¿no lo voy a estar citando para ver ¿qué percibe?-, la verdad eso ya se sale de mi especialidad y generalmente esos casos se los mando al psiquiatra” (Sergio cardiólogo)

La mayoría de médicos/as considera que el problema es la ausencia de programas institucionales, y que esto afecta tanto a hombres como a mujeres con EC, sin visualizar las dificultades propias de las mujeres, a las que hace referencia Luz. Este punto se abordó en las entrevistas en profundidad, y se evidenció que las mujeres no estaban integradas a programas de rehabilitación, un asunto que se relaciona con el derecho a recibir una atención digna, oportuna y de calidad.

En este mismo sentido se exploró acerca del manejo con medicamentos, como los ansiolíticos, sin soporte emocional para las mujeres afectadas. Sergio comentó sobre este tema, y las dificultades para hacer un seguimiento de un problema que no consideraba estrictamente de la especialidad (cardiología), evidenciando la necesidad del manejo integral y multidisciplinario de la EC. A la vez consideró que en ocasiones el padecer EC lleva a *trastornos*, por los cambios y problemas de adaptación a las nuevas condiciones de vida, y confirmó lo que habían narrado las mujeres en las entrevistas en profundidad, que la

prescripción de ansiolíticos persiste después de establecido el diagnóstico de EC.

Mientras Lorena consideró que uno de los problemas en la atención que enfrentan las mujeres, y que es causa de consulta es que no sean escuchadas:

“... yo me doy cuenta aquí que la paciente lo que busca es ¡que la oigas!, ¡que la escuches!, ¡que la aconsejes!, porque es lo que no hacen en su casa ¡ni sus hijos!, obviamente que su esposo tampoco!, y se van tranquilas, por eso te dicen las pacientes -¡ay, me voy!... ¡mire!, ¡se me quitó todo!- ¿por qué? ¡porque las escuchaste!, se van como con el costal de piedras más livianito y tú sabes muy bien que si estás emocionalmente bien ¡todo lo demás funciona bien!, la presión se controla... o sea todo ¡este es un factor muy importante! ¡el estrés y la ansiedad! ¡todo eso!” (Lorena médica general)

El testimonio de Lorena confirma la exclusión de las voces de las mujeres, aunque ella se refiere al ámbito doméstico, las mujeres entrevistadas expresaron que eso también sucede en el campo médico. Su testimonio expresa de otra manera una idea persistente en las narrativas, que las mujeres acuden con mayor frecuencia a consulta médica por su condición de género, Luz señaló:

“... en mi caso consultan más las mujeres, los hombres son muy reacios, primero a acudir a consulta, segundo a realizarse exámenes de laboratorio, menos de gabinete, son más... más difíciles de que se los hagan y... no tienen tiempo los hombres supuestamente y la mujer... como que es más... se preocupa más por su salud, pienso que como madre de familia tiene más peso porque les explica uno -si te enfermas tú, se enferma toda la familia- entonces tienen más acercamiento al médico, por todo se vienen a consultar las mujeres ¿no?” (Luz médica general)

Esta es una aseveración común en todas las entrevistas a médicos/as, pero al cruzarla con la demora en la búsqueda de atención de las mujeres específicamente para la EC, descrita tanto por las propias mujeres como el personal médico, se concluye que si bien las mujeres acudían más frecuentemente a consulta médica, lo hacían principalmente por razones reproductivas o de acompañamiento a otros, pero cuando se trataba de la EC

demoraban la búsqueda de atención médica, por razones comentadas previamente.

Considerando estas respuestas, se preguntó si había posibilidades de que el personal médico confundiera cuadros de ansiedad con EC. Aunque coincidieron en afirmar que este error era frecuente, la mayoría consideró que eso sucedía en otras áreas, como urgencias, y/o por profesionales inexpertos.

Por último, surgieron algunos discursos sobre problemas de acceso que enfrentan quienes padecen EC. Por ejemplo, Elena consideraba que la precariedad económica afecta las decisiones, tanto de mujeres como de hombres con EC, y nos dice que:

“... la cardiopatía isquémica es una enfermedad muy cara, hablando de dinero y ahí pues entran los gobiernos, ¿qué programas tienen para manejar a los pacientes?, a hombres y mujeres con cardiopatía isquémica ¡es muy, muy caro!, entonces el paciente puede poner todo de su parte, pero ¡no se puede hacer un cateterismo! ¡ni cómo pagárselo! ¿cómo hacer que la institución pueda solventar eso? ese es un problema que tiene ahorita el sector salud” (Elena, cardióloga)

Elena hace una importante reflexión sobre barreras estructurales para la atención de los problemas cardiovasculares de las mujeres, al evidenciar lo caro (en costos económicos) de la enfermedad y de los procedimientos que se requieren para su diagnóstico y/o tratamiento (Rholfs y cols 2004).

Ella alude también a dimensiones macroestructurales relacionadas con las instituciones de salud como elementos centrales del campo médico (Castro 2014a), en el que se construye el conjunto de predisposiciones de los *habitus* que se estructuran y son estructurados por el mismo campo; y en el que se da cabida a los capitales de diferentes actores/as sociales (mujeres, médicos, médicas).

Mientras que las condiciones de posibilidad de derechos en salud, es un asunto que refiere a la toma de decisiones de las mujeres, su proceso de apropiación de derechos y el

poder para autorizarse a sí mismas a ejercerlos; también al acceso y a la prestación de servicios médicos, así como al reconocimiento de sus derechos por parte del personal que las atiende; y a la presencia de un Estado garante de derechos y de recursos que posibiliten su ejercicio.

Capítulo VII. Las diferentes miradas sobre la EC de mujeres

En el presente capítulo, presentamos la integración de la información empírica con los conceptos teóricos y emergentes, se aborda acerca de la percepción y comprensión de la EC de mujeres por parte de las propias mujeres encuestadas y entrevistadas, así como del personal médico que las atiende, acerca de las prácticas de cuidados, y sobre la percepción y ejercicio de derechos de las mujeres en el campo médico.

Género y salud es una relación compleja, por una parte se encarnan en el *habitus* los esquemas de percepción, apreciación y acción que viven los y las actores/as en el campo médico, que incluye la discriminación de género y el dominio del que presta la atención a las mujeres con EC. Y por la otra, la construcción de la EC como masculina invisibiliza sus particularidades y naturaliza los malestares de las mujeres, mediante un determinismo biológico, que excluye el carácter construido social, cultural y genérico de la EC, esto es el sentido y significado de la enfermedad que está llevando a más mujeres a la muerte.

Es importante resaltar la importancia de las diferencias biológicas, entre hombres y mujeres con EC, pero no olvidar que éstas siempre se interpretan desde las desigualdades sociales (Esteban 2010). Es cierto que la EC es causa de sobre mortalidad masculina en el varón de mediana edad, que hay una brecha en la edad de aparición de la enfermedad entre hombres y mujeres, que las mujeres tienen más comorbilidad, y que hay diferencias fisiológicas, anatómicas y hormonales entre varones y mujeres (Pratt 2007, Zárate y cols

2007, Cortés-Bergoderi y cols 2012). Pero también lo es que ellas mueren más que los hombres cuando la padecen; que tienen menos recursos, enfrentan más descalificaciones y son menos valoradas, ellas y sus malestares en los ámbitos de la salud (Tajer y cols 2014a). También que es un mito el que la EC no afecta a las mujeres antes de la menopausia porque están protegidas por las hormonas femeninas, pues si bien es cierto que su incidencia es menor en mujeres jóvenes, también lo es que cuando la desarrollan, su probabilidad de morir sigue siendo más alta en comparación a los hombres de la misma edad (Fundación Favaloro, Tajer 2005).

La EC construida con base en el modelo masculino genera la invisibilización de las especificidades de la EC de mujeres, los datos muestran que el personal de salud señala que las diferencias entre hombres y mujeres con EC, se remiten a las biológicas, pero esto esconde las maneras en que las mujeres viven la EC a través de malestares que en tanto inespecíficos, las somete a largo tiempo sin atención, como lo expresaron las mujeres entrevistadas.

Además, las mujeres consideraban que las decisiones sobre la enfermedad, son competencia de quien tiene el “conocimiento científico”, y por ello confiaban en que fuese el personal médico quien les indicara los cuidados y ofreciera información entendible sobre su diagnóstico. Sin embargo, como hemos visto en los distintos testimonios, tal expectativa no se cumplió.

Percepción de la enfermedad coronaria de mujeres

Las evidencias demuestran que hay retrasos en dar a conocer a la sociedad en general y a las mujeres en particular información específica sobre la EC de mujeres; que persisten sesgos de género en los esfuerzos diagnósticos y de tratamiento de la EC; que la comprensión de la enfermedad, la demora en la búsqueda de atención médica, y el subregistro de la EC de mujeres, se relacionan con el género de múltiples maneras.

En la figura 2 se abordan algunas dimensiones de la EC de mujeres, relacionadas con la comprensión diferencial de la enfermedad y un esquema lineal del tiempo de retraso en recibir atención para el diagnóstico y tratamiento.

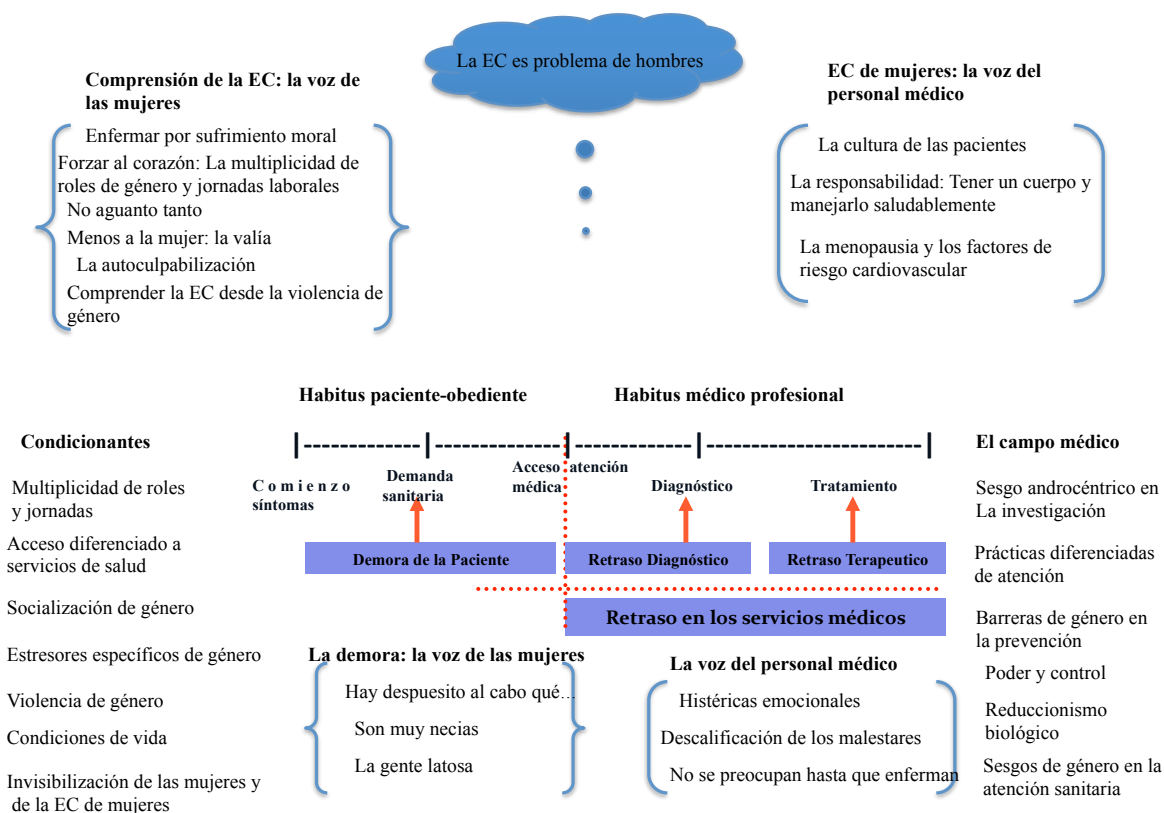


Figura 2. La multidimensionalidad en la comprensión de la EC y la demora en la atención médica

La figura condensa algunos de los ejes acerca de la EC de mujeres, se observan dimensiones macro y micro estructurales que condicionan la trayectoria de las mujeres en su búsqueda de atención médica, y en el campo médico. Se incluyen conceptos emergentes de las entrevistas en profundidad sobre la comprensión de la EC y la demora en la búsqueda de atención médica. Y del personal médico que las atiende, su mirada sobre este problema de salud y acerca del retraso en el diagnóstico y tratamiento.

Las mujeres relacionan el estrés, las emociones, la violencia de género, los sentimientos, el sufrimiento moral con las enfermedades del corazón, en parte porque al haber estado históricamente confinadas a la esfera privada, al espacio doméstico, construyeron ahí su principal espacio de poder: el afectivo (Burin 1992). Cuando este

espacio se torna inestable, ellas se sienten vulnerables, necesitadas de ayuda y se potencia su sentimiento de minusvalía y debilidad, y si a esto se aúna la asociación del corazón con la idea del amor romántico, y con su identificación como el órgano de las emociones (Emslie y cols 2001, Lepraz 2012), la asociación es comprensible. También porque las creencias y prácticas socio-históricas de la EC la fueron poniendo como enfermedad masculina, ligándola al hombre público y exitoso, esta exclusión de las mujeres persiste en el imaginario, como lo demuestra el considerable porcentaje de encuestadas y entrevistadas que no tiene información sobre este proceso que tanto repercute en la vida de las mujeres, por la carga de la enfermedad, el alto costo de su atención y porque es la primera causa de muerte en ellas.

Aunque esto no es una razón de peso para la científicidad, está demostrado que hay factores psicosociales en la génesis de la EC (Terrasa 2011), y que no son “factores menores”, pues este reconocimiento está creciendo, como lo demuestra su inclusión en las guías europeas y estadounidenses sobre la EC (Guía europea 2012, Mosca y cols 2011).

En el caso de las mujeres más jóvenes, la trasgresión de los roles de género tradicionales es una travesía accidentada, si bien no se está homogenizando a las mujeres, de acuerdo a Burin (2008) hay cambios generacionales y de roles de género, con deseos e ideales que pueden ser contrapuestos y culpabilizantes, por ejemplo, cumplir con ser madres y formar una familia, como lo marcan las normas de género, o empeñarse en el desarrollo personal y/o profesional laboral y no llevar a cabo esos mandatos de género, lo que puede llevar a las mujeres a la auto-culpabilización y a la sobre-carga.

En este trabajo se observa claramente como las médicas a veces utilizaban esquemas de percepción y apreciación de su *habitus de género*, reconociendo o identificándose con las pacientes en tanto mujeres, pero en otros momentos las

predisposiciones correspondían al *habitus profesional* y la argumentación era diferente e incluso contradictoria, porque asumían la posición jerárquica que les confiere el campo médico.

Las mujeres experimentan la EC de múltiples maneras, como *cansancio, falta de aire, dolor de pecho y hasta de las uñas*, también lo relacionan con las actividades de su vida cotidiana. Pero hay ejes que atraviesan sus historias, y uno de los principales es su construcción genérica. Se documentó que ellas descalifican sus malestares y auto-desautorizan sus propios padeceres, sentimientos y prácticas reforzadas por la descalificación que también viven con sus parejas, familias y en el campo médico.

Los juicios de valor con los que se auto-descalifican y se les descalifica, tanto por sus acciones como por sus inacciones en salud, contribuyen a separar y confinar sus malestares, dificultando el reconocimiento de la enfermedad que padecen.

Los estudios de género han identificado que los procesos de socialización de las mujeres, en tanto estructurales e institucionalizados a través de la familia, escuelas, religión, y todas las arenas socioculturales inmediatas y mediatas, en donde para ellas se decantan roles reproductivos, como la maternidad, viene a conferirles en sociedades como la mexicana, su mayor valor social.

A pesar de que el trabajo reproductivo de las mujeres contribuye sustancialmente al bienestar de la sociedad, generalmente es invisible, no es reconocido como tal, carece de remuneración económica, no se contabiliza en el PIB (FMI 2013), y es de menor valor social que los roles productivos, tradicionalmente masculinos.

La evidencia en sus testimonios sobre sus trabajos maternos, tal como lo describen en las entrevistas, sostienen explícitamente que *la meta* de su trabajo, es sacar adelante a sus hijos y/o hijas, y que esto las lleva a no poder parar, a pesar -y a veces sin darse cuenta-,

de las consecuencias que esa *carrera sin freno* pudiera tener en su salud y en sus vidas. Los ideales de género son altamente exigentes para las mujeres (Tajer 2009), particularmente el de la maternidad, que es interiorizado, reforzado y reproducido como natural, dejando invisible su construcción social y cultural. Es además altamente agotador, lleva a las mujeres a sobre-adaptarse y sobre-exigirse (Yanes 2012),

Hay condiciones macroestructurales que marcan y delimitan la vida de las mujeres que participaron en este proyecto. Algunas vivían precariamente, eran pobres, sin trabajos formales y el día a día era un reto de sobrevivencia. Otras estaban insertas en la economía formal y tenían trabajos remunerados, pero los salarios devengados no cubrían sus necesidades, así que trabajaban dobles turnos, al que sumaban su trabajo doméstico, esto representó otra sobrecarga que afectó su salud. Este asunto es importante de enfatizar, porque además de situarnos contextualmente se relaciona con el acceso diferenciado a los recursos en salud; evidencia la mayor vulnerabilidad y fragilización de algunos grupos de mujeres; y hace visible la sumatoria de roles que afectan la salud, tal como se analizó en la encuesta y se observó en las entrevistas.

Por eso al sesgo de género, se agrega el relacionado con condiciones de vida, como el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tal como se ha señalado en otras investigaciones (Tajer 2009, Tajer y cols 2014a). En cuanto al sesgo de edad, cabe enfatizar la importancia que revierte el señalar que las mujeres más jóvenes, las universitarias, están menos informadas sobre la EC de mujeres, lo que demuestra que están en la *sombra* para los servicios de salud, ellas acuden poco, se ven poco, por eso las que tenían alguna información sobre este problema de salud la habían recibido de los medios masivos de comunicación o de las escuelas, no de los servicios médicos como las otras encuestadas.

Una proporción considerable tanto de mujeres vulnerables como no vulnerables,

seleccionó en la encuesta como causas de estrés en mujeres, los problemas económico/laborales, junto con los familiares, la necesidad de cumplir con todo y la falta de tiempo libre, lo que devela estresores específicos de género que influyen en la percepción del riesgo y en las prácticas, como ya se había reportado por Tajer y cols (2014a). Además, las mujeres vulnerables no pudieron o supieron identificar estos factores con mayor frecuencia que las no vulnerables, lo que implica limitaciones para reaccionar ante la vida (y la enfermedad).

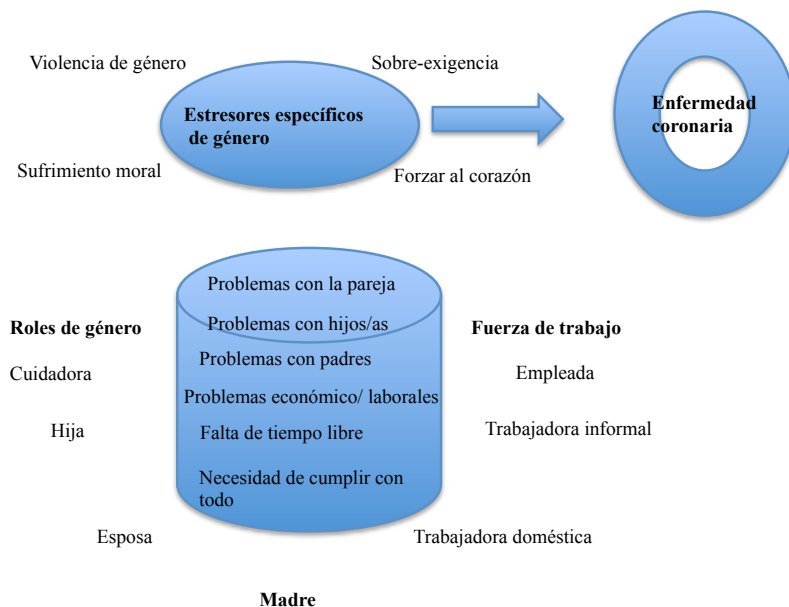


figura 3. La multiplicidad de roles, jornadas y estresores específicos de género que pueden afectar la respuesta de las mujeres ante la vida y la enfermedad y colocarlas en vulnerabilidad coronaria

En la figura 3 se muestran estresores específicos de género que conforman modos femeninos de padecer la EC. Cuando las mujeres hablan de estrés generalmente lleva

implícito una historia de cuidados a “otros”. Las mujeres encuestadas y entrevistadas consideraban que no tenían tiempo para sí, y que estaban obligadas a cumplir con todo, es decir, tenían que cumplir con mandatos y premisas de género, como obligaciones personalmente sentidas y socialmente impuestas, que se fueron construyendo en los procesos de socialización durante su vida, y que al ser introyectados forman género, y no se cuestionan, en tanto subjetividad socializada. Por eso podemos señalarlos como *habitus de género*, definiendo *habitus* en términos de Bourdieu.

La sumatoria de roles, identificada por algunas de las mujeres entrevistadas, las llevó a auto-culpabilizarse por no haber podido parar, con lo que lastimaron su cuerpo y su corazón, al forzarlos a trabajar de tal manera, que enfermaron. Esta auto-culpabilización, desarrollada en el proceso de socialización, tiene relación con ideales femeninos -ser “buena” madre, esposa, hija, trabajadora- y su constante disponibilidad para servir a “otros”. En tanto ser de “otros” implica la autocensura de sí misma y sus propias demandas, el negarse o no poder cumplir la demandas de género las hace sentirse, culpables (Andreani 1998).

Además, atribuyen la EC a sus experiencias vividas a través del *sufrimiento moral*, pues relacionan la enfermedad con múltiples pérdidas, abandono, soledad y depresión; con este concepto, las entrevistadas establecieron una fuerte relación entre la violencia de género y el enfermar del corazón.

El concepto sufrimiento moral decanta la sumisión de las mujeres al dolor en tanto el cuerpo aguante, pues el desconocimiento de cuáles y cómo son las diferentes fases del proceso s/e/a de la EC de mujeres las coloca en desventaja.

Las palabras y sus significados reflejan la forma de ver el mundo, se construyen en

el ámbito social y cultural, de éste incorporan las ideas predominantes acerca del corazón y sus enfermedades, que dan lugar a las estrategias individuales y colectivas de cuidados en salud. En este sentido, *sufrimiento moral* es un concepto que cruza otros ejes y visibiliza la manera en que las mujeres comprenden la EC y llevan a cabo las prácticas de cuidado, bajo una lógica relacionada con sus experiencias de vida.

Sufrimiento moral articula al menos 3 dimensiones: la relacional, que refiere a la manera en que las mujeres se sitúan y ven el mundo en relación con los “otros”, luego internalización o introyección, que refiere el regreso de esa mirada externa hacia sí misma, como subjetividad construida socialmente, es decir como *habitus* que en tanto *estructura estructurada*, estructura sus pensamientos; y finalmente, se concreta el *habitus*, que como *estructura estructurante* organiza prácticas y la percepción de las mismas, de manera que se vuelve a exteriorizar en acciones de las mujeres con prácticas subordinadas que contribuyen a estructurar el campo médico.

Sin embargo, el plano de interpretación de la EC en el campo médico es el biológico y la visión sobre las mujeres es autoritaria y paternalista, y así se les indica cambiar sus estilos de vida, descontextualizándolas de las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas de su entorno. El discurso médico, como discurso normativo y de control, prescribe las modificaciones conductuales, en aras de disminuir el daño de la EC, sumado a la expresión del *habitus profesional médico*. Como vimos en la información empírica, dicha prescripción es difícil de seguir, en tanto conductas rígidas que no toman en cuenta la heterogeneidad de las situaciones de sus pacientes, con sus subjetividades y distintas capacidades de agencia, que trasciende el plano individual y se inserta en lo social. Sin embargo, el *habitus paciente obediente* se legitima, reproduce e incrementa la apreciación de ese menor valor, por ser mujer-paciente-enferma del corazón.

Mientras que *sufrimiento moral* es un concepto que basado en la subjetividad, comprende la elaboración, representación y formas como las mujeres entienden la enfermedad coronaria y también las conexiones que hacen entre las condiciones de vida, en pareja, en familia, y en su medio social.

Se reconoce que con la salida masiva de las mujeres a la actividad pública, se han multiplicado sus relaciones sociales y sus roles, a la vez tienen más acceso al conocimiento, pero cuando salen de la esfera privada, lo hacen con ideales altamente exigentes (Tajer 2009), y con incipientes procesos de negociación que las llevan a desarrollar dobles jornadas – y hasta más de dos jornadas laborales-, y que tienen diferentes posibilidades de acceso a la educación formal y al conocimiento.

El entrecruzamiento de relaciones y de roles delimita a cada mujer y a grupos de mujeres, en diferentes posiciones en la jerarquía social y en la distribución del poder de acuerdo a los capitales que posean. En el campo médico, sin embargo, persiste su posición subordinada, en su estatus de paciente, al ser un campo altamente jerarquizado.

La naturalización social de las mujeres como más *emocionales* (Valls-Lobet 2009, Tajer 2005) y la creciente medicalización de eventos vitales en salud, esto es, el uso de fármacos para tratar malestares y eventos que forman parte del proceso *s/e/a* y de la rehabilitación cardíaca, explica la prescripción de ansiolíticos antes y después de enfermar, como se observa en las narrativas.

La concepción de las mujeres como seres enfermas –*históricas*- tiene raíces socio-históricas, y la naturalización de sus malestares como emocionales, tiene también raíces estructurales sociales, aunque no sean visibles. Además, la clasificación de las mujeres como *históricas* contribuye al sub-registro de sus primeros síntomas coronarios, retrasa la atención temprana y oportuna de la enfermedad y viola sus derechos a recibir una atención

digna y de calidad, así como a tener un diagnóstico correcto.

El cristal desde el que se mira: percepción y prácticas de cuidados de las mujeres

Se apreció que no había diferencias entre las mujeres vulnerables y no vulnerables en relación a la desinformación sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC, y al relacionar a la EC con una figura masculina, como se ha reportado en otras investigaciones (Mosca y cols 2010, Rolandi y cols 2013).

Aunque todas las mujeres señalaban más a los cánceres relacionados con la reproducción que a la EC, como problema de salud y causa de muerte en mujeres, igual que en otros estudios (Ibíd.), en éste se observa que son las vulnerables quienes menos visualizan la EC. Demostrando que la falta de identificación de la EC como un problema de salud, aunque con matices, cruza transversalmente la pertenencia de género, y que las mujeres tiene una clara percepción del dolor de pecho, como un problema emocional.

En el cuadro 7, se aprecian las diferencias entre las miradas de las mujeres y del personal médico que las atiende, sobre la información que tienen las mujeres acerca de la EC y sobre la demora en búsqueda de atención, dos de los ejes principales en la información y hallazgos en campo.

Cuadro 7. Las miradas de las mujeres y del personal médico que las atiende, acerca de la información sobre EC y las demoras en la búsqueda de atención

Ejes de análisis entrevistas a mujeres con EC	Ejes de análisis entrevistas a personal médico
“Por no tener conocimientos”: La información sobre EC	Sobre la información que consideran tienen las mujeres acerca de la EC
<p>“...hace muchos años le preguntaba al que era mi doctor sí podía tener problemas del corazón, pero me decía que no... mucha de mi familia murió del corazón y yo estaba como con la idea de que yo me iba a morir del corazón... Pero entonces este doctor, me decía que no tenía nada que ver y después de eso ¡se me olvidó! ¡se me olvidó!...” (Elsa 80 años, 1ª sesión)</p> <p>“Me dice (el médico), -abusada porque te puede dar un infarto- ¡nomás!, pero ¡no sé que me pueda suceder!, yo lo único que... cuando yo me siento... ¡que me pega dolor así!, como un tronidito aquí así (se toca el pecho) y ¡ay Diosito santo! –dije- ¿qué es esto? Y entonces lo que hago es estarme tranquila y sentarme...” (Emma 55 años 2ª sesión, angina de pecho)</p>	<p>“Pienso que las mujeres sí están informadas, la mayoría... yo creo que en un 80% están conscientes, porque la información se da, pero no la absorbe la gente por alguna razón, no sé si tenga mucho que ver lo... lo... la cultura ¿no?...” (Luz, médica general)</p> <p>“... hemos fallado mucho en informar adecuadamente a las mujeres de su riesgo de enfermarse del corazón y de morir del corazón... ese es un continuum... pero creo que a su vez ha estado muy relacionado a que las enfermedades del corazón siempre se consideraron enfermedades del hombre...” (Teresa, cardióloga)</p>
“¡Ahí despuesito, al cabo y qué!”: La búsqueda tardía de atención médica	La mirada médica sobre la demora de las mujeres
<p>“...hay mucha pobreza y la mujer como siempre, está tratando de arropar a todos los que se le acercan... ¿y yo? ¡como quiera me aguanto! y de repente... ¡sí! ¡me dolía el brazo!...y ¡como que unas taquicardia muy fuertes!... me desganzaba, pero no era seguidito... a lo mejor eso fue lo que... yo tuviera tanta... ¿cómo dicen? ¡dejadez! y también ¡pues sí! ¡tanto el trabajo a la mejor que...!–dice uno- ¡ahí despuesito, al cabo y que!... (Gabriela 62 años 3ª sesión, angina de pecho)</p> <p>“...ahorita que me pongo a pensar a veces en la noche, le digo, ¡pobrecito mi cuerpo! ¡Cómo lo forcé, cómo le hice cosas!. En ese momento yo no pensaba en eso, yo nomás tenía así... no sé si sería capricho o que sería, pero eran mis hijos, ¡mi meta eran mis hijos!, haga de cuenta que era una carrera sin freno de que yo quería la meta y la meta eran ellos, o sea ¡esa era mi meta!... un día que fui a trabajar, desde que iba en la tarde yo no me sentía bien... pero había mucho trabajo y ya como a las 5 de la mañana ¡ya no aguanté! (Gloria 52 años 1ª sesión, cardiopatía isquémica)</p>	<p>“... la mujer por tiempos remotos ¡no?, ¡siempre!, a pesar de toda la educación que hay, sigue siendo el género que más expuesta está a las inclemencias de las dietas, ¡a no cuidarse! a tener la idea de... que siempre pasa ¿no?, en casa ¡los hijos!, a ¡olvidarse de lo demás!, no lleva una revisión periódica de su estado de salud como debería de ser ¿no?, ¡vienen a consulta cuando ya se sienten mal del corazón! ¡o llegan al servicio de urgencias cuando ya van peor!” (Hugo, medicina general)</p> <p>“... la mujer en las primeras etapas de su vida, antes de la menopausia, en ocasiones no se preocupa por su salud y a pesar de que ahorita estamos viendo gente que todavía no son menopaúsicas y están enfermas del corazón, estas gentes en ningún momento nos mostraron que se hayan preocupado por su salud (José, cardiólogo)</p> <p>“... siempre decimos es histérica ¿eh?... y por allá cuando estamos en el hospital... ¡es un PVH! ¡no te creen!, ¡porque somos exageradas!, ¡porque creen que queremos llamar la atención!, nos dicen ¡histéricas! ¡no nos creen!. ¡y al hombre sí!, sí está manifestando que tiene molestias ¡a él sí le creen! ¡a él si le creen!” (Lorena, médica general)</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a profundidad a mujeres con EC y entrevistas semiestructuradas a personal médico aplicadas de enero a diciembre 2014.

En el cuadro 7 se observa que la desinformación persistía después de enfermar del corazón, y que la mayoría de las mujeres no se atrevieron a exigirla por diversos motivos, como temor a las represalias, pérdida de sus voces ante la autoridad médica, no estar apropiadas de sus derechos en salud. Esto va contra el rol de cuidadoras de salud de las mujeres, y también se relaciona con la descalificación de sus saberes, y la minimización de sus malestares.

En el campo médico, la atención se realiza bajo estereotipos de género, siendo que las mujeres son clasificadas con mayor frecuencia como *emocionales histéricas*, se indaga menos acerca de sus malestares y se les escucha menos, como expresaron las entrevistadas. De acuerdo a las narrativas, esto era más evidente cuando eran tratadas por médicos, pues algunas mujeres expresaron que las médicas las escuchaban más tiempo.

La construcción del campo médico como campo de poder altamente jerarquizado y dominante, es discriminatorio de las mujeres-pacientes, los capitales en juego de actores/as sociales como las mujeres y el personal médico que las atiende son diferentes de acuerdo a los recursos materiales y simbólicos, que institucionalizados se reproducen mediante normas y patrones, y legitiman y perpetúan las relaciones de poder en el campo; además trascienden de lo estructural a lo individual en un proceso de ida y vuelta.

En las narrativas del personal médico se encontraron versiones contradictorias, mientras Sergio consideró que las mujeres acuden con mayor facilidad que los hombres al sentir malestares aunque no tengan EC, porque *el precio de hacerlo es menor* en ellas dado su *menor valor productivo*. El resto de sus colegas y de las y los médicos de primer nivel dijeron, que las mujeres con EC retrasan su llegada a atención médica, por estar

cumpliendo con sus roles de género, aunque las responsabilicen por ello.

La demora también fue atribuida a la atención médica en los servicios de salud, bajo distintas modalidades: por el profesional médico, ya sea porque no les crean a las mujeres, porque el cuadro clínico sea más atípico, y/o porque los exámenes clínicos den resultados falsos. Por las propias mujeres, ya sea porque no identifiquen sus malestares como cardíacos, pospongan la búsqueda por atender otras necesidades, y/o hayan tenido experiencias negativas en los servicios médicos. Por las parejas o familias que descalifican sus malestares y no se constituyen como redes de apoyo. Y por problemas estructurales, como el acceso diferenciado a los servicios médicos.

Es evidente que la autopercepción de la EC, las prácticas de cuidados y las vivencias de las mujeres, varían entre ellas como se observa en la encuesta y en las entrevistas. Sin embargo hay elementos comunes tanto en la comprensión de la enfermedad, como en la expresión de sus vivencias y estrategias de atención. Un asunto que resalta es la violencia, la más evidente expresada por las entrevistadas, la relacionada con “*el hombre*”, con su pareja; pero están otras menos identificadas y son menos evidentes, a las que nos hemos referido como expresiones de violencia simbólica –entendida a la manera de Bourdieu (2012)-, es decir, como las mujeres pacientes asumen la posición de sus dominantes para justificar la serie de prácticas en su atención que les puede ser dañino, al no ser mecanismos coercitivos evidentes. O como sostiene Foucault, es el bio-poder que se mete en la piel, y que las somete a la discriminación, naturalización y patologización misógina de sus malestares.

Al reproducirse en el campo médico, se individualizan los malestares de las mujeres y se busca resolverlos como “síntomas”, que en la praxis médica es igual a “subjetivos”,

ese “algo” que no tiene el peso de los “signos” objetivos, lo que el/la profesional médico ve, toca (palpa) y escucha (ausculta), *ergo* lo real, lo verdadero. Así los síntomas en tanto “subjetivos”, hay que eliminarlos.

Sobre este tema, pueden mencionarse los aportes de autores como Almanza-Vega y cols (2014), que exploraron acerca de las experiencias subjetivas de mujeres con EC, en el manejo del dolor torácico explicando la experiencia del síntoma, las estrategias de manejo del síntoma, y los resultados del síntoma, desde componentes fisiológicos, psicológicos y comportamentales; en este mismo tema, Céspedes-Cuevas (2012a, 2012b), también reportó resultados sobre percepción, evaluación y respuesta al dolor de mujeres con EC. Estos trabajos aportan a la identificación específica de síntomas en mujeres, aunque no partan de un enfoque sociológico ni de género.

En cuanto a prácticas de cuidados, en la encuesta se observó que las vulnerables tienen menos probabilidades de llevar a cabo actividades recomendadas en el área médica para mejorar la salud, y de buscar atención médica después de dolor de pecho.

Mientras que en las entrevistas en profundidad a mujeres ya diagnosticadas con una EC, se constató que falta información suficiente, clara y oportuna después de enfermar del corazón, lo que no contribuye a la comprensión del padecimiento, y que esto junto a las condiciones de vida y patrones de género, influye en sus prácticas de cuidados, situación que contribuye a la percepción de las mujeres, de ser culpables de su propia enfermedad.

Esto se reproduce y refuerza en el discurso médico, al emitirse juicios de valor que enfatizan la responsabilidad individual y conductual de las mujeres, pues la visión dominante en medicina es que “educando en salud” las personas cambiarán (Herrera 2009). El subregistro de la EC de mujeres y las dificultades para reconocer que la EC “es también una enfermedad de la mujer” (Healy 1991), se evidencia en las entrevistas al personal

médico. Se invisibilizan los sesgos de género en la atención sanitaria a la EC (Ruiz-Cantero 2015) cuando los profesionales atribuyen los retrasos en la atención solo a la responsabilidad individual de las mujeres y/o subestiman sus síntomas por lo “atípico” del cuadro clínico.

Las prácticas de cuidados siguen una lógica en la que además de la información, interviene la naturaleza y severidad de la enfermedad, las condiciones de vida, y patrones de género que llevan a las mujeres a priorizar otras necesidades sobre las propias, y a postergar la búsqueda de atención (Mosca y cols 2010). Comprenderlo de esta manera evita que la responsabilidad de las acciones o inacciones en salud, recaigan exclusivamente en las mujeres, y que se les culpabilice por ello.

La información sobre EC es necesaria pero no suficiente para que las mujeres acudan inmediatamente cuando inician sus síntomas, o para que cambien los estilos de vida, pues no es lo mismo información que apropiación del conocimiento.

Estos aspectos se relacionan con la ciudadanía en salud de las mujeres, y parten de la premisa sobre la distancia que media entre la normatividad (el deber ser) y las posibilidades de apropiación, ejercicio y exigencia de derechos. Como se comentó en el primer capítulo, la traducción de los conceptos de ciudadanía y derechos en salud, se vuelven más difíciles, por el carácter normativo y de control de la medicina (Herrera 2010). Enseguida se resume los hallazgos sobre la percepción y ejercicio de derechos en la atención de la EC.

¡No te lo dicen! Derechos en salud

En la encuesta se encontró que 98% de las mujeres señalaron que la información es un derecho de las personas y en las narrativas se expresa que aun cuando discursivamente reconocían tener derecho a la salud, en especial a recibir información sobre su enfermedad y sus riesgos, no los sienten como propios, ni consideraban que pudiesen exigirlos. Porque si bien para hacer posible el ejercicio de este derecho, las pacientes tendrían que plantearlo como exigencia, ellas temen ser catalogadas como difíciles o en sus palabras como *gente latosa*, de esta manera se reproduce el disciplinamiento del campo médico, ellas se ajustan a las reglas del juego establecidas al interior del mismo campo en tanto condicionamiento para ser tratadas sin resquemores, y así tratan de evitar que se les regañe, esto refuerza y legitima el *habitus paciente obediente*.

Además, como se ha visibilizado desde las teorías feministas, la frecuente naturalización de las mujeres como “*emocionales*” invisibiliza sus padeceres y otros modelos explicativos de la EC, retardando su atención oportuna. La clasificación de la EC de mujeres como atípica o inespecífica, contribuye a la invisibilización de las maneras en que ellas manifiestan la enfermedad. La fragmentación del cuerpo de las pacientes impide verlas integralmente y no sólo como una ansiosa, depresiva, o como un órgano cardíaco. Y la cosificación de la enfermedad como un cuadro y la objetualización de ellas como objetos, invisibiliza los modos femeninos en que ellas perciben el riesgo coronario y toman (o no) acciones en salud.

Como se evidenció en las entrevistas, el personal médico enfatiza que el problema principal para establecer el diagnóstico de la EC de mujeres, es lo inespecífico (atípico) de

su “cuadro” clínico. Sin embargo Malterud (2000) hace una acotación que cuestiona este tipo de categorizaciones en medicina, ella dice que en la profesión médica se espera curar las enfermedades, pero no se prepara para su persistencia a largo plazo, por lo que en enfermedades crónicas –como la EC- culpabilizar a la víctima de “síntomas inespecíficos” permite “escapar de la culpa” (Ibíd., 603) por no curar la enfermedad, tanto a la propia disciplina médica como a sus profesionales.

Lo que se aprecia es que las prácticas en el campo médico, refuerzan la subordinación de las mujeres a la autoridad médica en tanto reglas del propio campo, y que esto excluye sus voces, tal como se había reportado en otras investigaciones (Castro-Vásquez 2011). En las entrevistas se observó que no hay condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos en salud, situación identificada en otros estudios (Herrera 2010). De ahí que las mujeres no exijan sus derechos, no sólo por la falta de información sobre la EC, sino por los problemas en la calidad de la atención y los retardos de estudios y tratamientos específicos de la enfermedad.

En estudios con mirada feminista se ha señalado desde hace varias décadas, que la pobreza estructural es una limitante para la construcción de ciudadanía de las mujeres, especialmente en el cuidado de su salud, y la toma de decisiones autónomas queda descartada (Correa y Petchesky 1995, Cerón-Mireles y cols 2006).

Los y las médicos(as), expresaban diferentes opiniones sobre la información que ofrecen y que tienen las mujeres acerca de este problema de salud, dependiendo del nivel de atención en que se encuentran ubicados, de los programas y/o protocolos vigentes en cada área y de su propia experiencia. Pero en general consideraban que son ellas quienes tienen la responsabilidad de cuidarse y el *deber* de buscar la información.

Así mismo reconocen que las decisiones les competen en primer lugar a ellos(as),

ya que tienen el saber y la verdad sobre la EC, y además toman las decisiones para beneficio de las enfermas, entendido éste como uno de los conceptos centrales en la ética médica (Viesca s.f.) sin embargo, se afecta la capacidad de las mujeres para tomar decisiones en su calidad de pacientes.

Los hallazgos muestran que los derechos a la información y a la toma de decisiones sobre la EC no están plenamente visualizados por este personal, y expresa las contradicciones que encierra la atención beneficiante que sustenta el paternalismo médico, con otras dimensiones de la atención como la toma de decisiones por quienes sufren directamente la enfermedad, y pueden ver afectada su calidad de vida por las acciones médicas.

El discurso médico trasciende el espacio de la consulta, al meterse en la vida cotidiana para tratar de imponer como un *deber* cambios en los estilos de vida, asumiendo que si no se les obedece es por la “falta de cultura”, en tanto emiten juicios de valor que culpabilizan o responsabilizan a las mujeres por *no cuidarse*, sustentada en la idea predominante en el ámbito médico, de que “educar en salud” es suficiente para que las personas lleven a cabo prácticas de cuidados (Herrera 2010), o que esta educación es necesariamente la información biomédica que se ofrece en la consulta.

Al acotarse el concepto “estilos de vida”, se deja de lado la construcción colectiva y sociocultural de la mayoría de los factores de riesgo para la EC. Dado que la responsabilidad recae en el individuo, se deja de lado la articulación entre las condiciones de vida, sociales, educativas, económicas, culturales, políticas y los patrones de conducta (Menéndez 1998). Aunado a esto, hay una ausencia en el reconocimiento de la construcción de género entre hombres y mujeres ante la EC.

A través de las entrevistas, se evidenciaron líneas argumentativas de

agradecimiento al personal de salud por la atención que han recibido, pero en otros momentos, se aprecia que han recorrido caminos de búsqueda de atención por no estar conformes con la atención, sin que existieran demandas de mejoras y sí la reproducción del discurso médico que justifica los problemas de desatención y que han interiorizado en el *habitus paciente obediente*, de manera que este concepto expresa también la condición de ciudadanía tutelada a la autoridad médica.

En cuanto a las diferencias observadas entre las que eran trabajadoras o familiares de trabajadoras de salud y el resto de las mujeres entrevistadas, en relación a esfuerzos diagnósticos y terapéuticos más rápidos y completos en las primeras, parece haber un “nosotras” en comparación a las “otras”, lo que sugiere una cultura del privilegio, y otro capital a tomar en cuenta en el juego de poderes y micro poderes que estructuran el campo médico. En tanto estas mujeres son poseedoras de capitales simbólicos, por ejemplo, el conocimiento biomédico sobre las enfermedades, están colocadas en posiciones menos desventajosas y tienen relaciones con el personal médico, que las reconoce cercanas.

Capítulo VIII. Conclusiones

La información recabada en la investigación respondió a la pregunta central de la investigación ¿Por qué permanecen invisibilizadas para las mujeres y el personal médico que las atiende, las particularidades de género de la EC de mujeres? Cumpliendo con el objetivo general al generar conocimiento acerca de por qué persiste la invisibilidad de las particularidades de género. También se logró responder los objetivos específicos, al señalar qué información tenían las mujeres acerca de la EC de mujeres, y analizar su percepción, comprensión, experiencias y prácticas de cuidados en relación a la EC. Así como la toma de decisiones en salud, y el proceso de apropiación de derechos, particularmente del derecho a la información en salud. Mientras que la información recabada con el personal médico que las atiende, generó conocimiento acerca de la mirada médica sobre la EC de mujeres y sobre ellas como pacientes.

Los hallazgos muestran que la invisibilidad de las particularidades de género de la EC de mujeres se relaciona con la larga invisibilidad de las mujeres en los estudios sobre la EC, expresión de la mirada androcéntrica en la investigación científica biomédica (Ruiz-Cantero y Verbrugge 1997), que se reproduce en la construcción androcéntrica de la enfermedad y en las prácticas de atención, a pesar del incremento de la enfermedad en mujeres. La clasificación de la EC de mujeres como *atípica* o *inespecífica*, contribuye a la perpetuación de ese desconocimiento, esto es de las maneras en que las mujeres perciben, sienten, viven y expresan este problema de salud.

Las mujeres están desinformadas sobre las particularidades de la EC de mujeres,

pero también, bajo otra medida, el personal médico que las atiende, ante un reduccionismo biológico que excluye las dimensiones socio-culturales y de género en la construcción de la EC, a pesar de que éstas dan soporte a las estrategias de prevención, protección, identificación, curación y de cuidados de la EC de mujeres.

Los malestares de las mujeres tienden a ser descalificados y medicados, sin que se profundice en sus causas, atribuyéndolos a que ellas son *emocionales, complejas, inespecíficas*, lo que reproduce y refuerza la naturalización social de las mujeres, los sistemas jerárquicos de género, y la concepción de la mujer como eternamente enferma por ser mujer *-histórica-*.

Cuando el personal médico desconfía de la credibilidad de las mujeres, sus malestares y experiencias también pueden ser excluidas (Malterud 2000), pues no responden al cuadro típico que presentan los hombres de la enfermedad y por ende su cuadro coronario es el “atípico”. De modo que la incorporación de la construcción androcéntrica de la EC a los esquemas que conforman el *habitus paciente obediente y el habitus médico profesional*, y la invisibilidad de las particularidades de género de la EC, llevan a prácticas diferenciadas de cuidados en salud.

Pero ¿por qué y cómo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres con EC se convierten en desigualdades de género en la EC? Porque siendo el modelo masculino de la EC un estructurador del conocimiento de la enfermedad, y el reduccionismo biológico una mirada escotomizada de la misma, se hacen invisibles los vacíos en la construcción de la EC de mujeres, limitando la identificación y comprensión de las desigualdades de género presentes en la exposición diferencial a los riesgos para la salud cardiovascular, el modo en que éstos son percibidos, y las maneras en que es vivida la EC por las mujeres. Esto se relaciona con lógicas de poder, en las que se excluyó a las mujeres en la investigación

biomédica inicial sobre la EC en función del género, pero también hay exclusiones por edad y otras condiciones sociales específicas.

Enfatizar que el problema principal de la EC de mujeres es lo “atípico” del cuadro, permite “escapar de la culpa” tanto a la disciplina médica como a sus profesionales, por no atender con la intensidad y calidad que se requiere este problema de salud. En la medicina, el conocimiento científico se produce desde estructuras de poder, y se asigna el privilegio del conocimiento a la misma disciplina (Malterud 2000, 65), presentándolo como verdades no refutables, al menos para las pacientes. A su vez, el poder se ejerce a través de discursos hegemónicos, como el médico, el biopoder del que hablaba Foucault, es el discurso experto que a través de subterfugios instala normas de comportamiento.

Dado que el conocimiento legitimado sobre la EC de mujeres, es el que emerge de la medicina, la credibilidad de las mujeres queda en entredicho cuando los síntomas no se corresponden con los signos, porque en la medicina científica se da menos valor a la subjetividad -los “síntomas”- que a los “signos” en tanto visibles para el ojo entrenado del profesional, una evidencia que junto a la construcción de un “cuadro” clínico, constituye la base científica de la medicina.

Pero el disciplinamiento de las mujeres, la interiorización del discurso y de las pautas en el campo médico, rebasan la científicidad de la disciplina, así como las formas de ofrecer la atención en los servicios de salud, y bajo distintas estrategias se va conformando el *habitus paciente obediente*, donde las mujeres son agentes subordinadas a la autoridad médica, y por ende su ciudadanía está tutelada (Herrera 2009). Este proceso no elimina las diferencias entre ellas, ni tampoco generaliza sus acciones en salud, pues ellas desarrollan estrategias que llevan a cabo en el margen de movimiento y autonomía con el que cuentan como agentes sociales, y encuentran un espacio para habilitar recursos y capitales; y formas

de relacionarse en un campo social que no les es propio. La subordinación en el mismo implica que se tiende a silenciar sus voces y las explicaciones que aporten a la comprensión de la EC de mujeres, lo que limita sus acciones y violenta sus derechos en salud.

Para el caso de las mujeres con EC trabajadoras de salud, aunque dicha condición pudo jugar a su favor para agilizar estudios diagnósticos y tratamientos, también fueron objeto de prácticas como la desinformación en la atención, o cuando menos, estaba limitada. En el campo médico ellas asumieron el *habitus paciente obediente*, incluso Irene la médica, quien se cuestionaba durante la entrevista por qué había *aguantado* un procedimiento diagnóstico que la puso otra vez al borde de la muerte, aunque en otro momento de la entrevista expresara que quienes son pacientes deben ser obedientes, esquemas interiorizados en su *habitus médico profesional*.

Mientras que las mujeres de los sectores más desprotegidos generalmente carecen de recursos propios y se entiende que están en condiciones de mayor vulnerabilidad y tienen menos probabilidades de tomar acciones en salud, condición que se evidenció en los datos de la encuesta, así como se ven más limitadas para exigir sus derechos en salud como se comprende en las entrevistas.

En esta investigación se constata que las mujeres siguen a cargo de los cuidados de sus familias, y que la sumatoria de roles y responsabilidades es una realidad para la mayoría de las encuestadas y las entrevistadas, situación de vida que las mujeres vinculan con la EC.

De acuerdo a los hallazgos, la desinformación de las mujeres sobre la EC se acompaña de la falta de identificación de la enfermedad como un problema de salud que les puede afectar, pues consideran que la EC es básicamente masculina; además, las mujeres entienden la EC a través de planos de interpretación que difieren sustancialmente de los

identificados por el personal médico.

Esto es importante para comprender el trasfondo de la subestimación de sus síntomas y signos de riesgo, que trascienda las explicaciones sobre las causas de la demora y no atribuirle solo a que perciben menos el riesgo, y para comprender sus acciones o inacciones en salud. Podemos concluir que aunque haya diferencias al interior del colectivo en el acceso a la información, percepción de riesgo, vivencias con la enfermedad y manera de gestionar los cuidados en salud, en todas las participantes en la investigación se expresaron desigualdades de género.

Uno de los resultados que llama la atención, es que las jóvenes universitarias sean las más desinformadas sobre EC, pensamos que esto pasa porque este grupo poblacional suele permanecer en la *sombra* para los servicios de salud. Las mujeres jóvenes empiezan a buscar atención por razones reproductivas en los servicios de gineco-obstetricia, y eventualmente reciben información sobre los cánceres de mama y cervico-uterino, pero no para la prevención de la EC de mujeres, como lo expresaron las cardiólogas entrevistadas.

La mayor visualización de estos cánceres pudiera explicarse también por la actividad de los colectivos de mujeres que pusieron en la mesa de las discusiones la salud sexual y reproductiva, y la implementación de campañas preventivas desde las instituciones de salud. Los resultados concuerdan con reportes de otros países de América y Europa (Rohlfis y col 2004, Mosca 2010, TNS Gallup 2010, Tajer y cols 2011, Rolandi y cols 2013, Tajer y cols 2014a).

Los hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias para informar a las mujeres más jóvenes, y de visibilizar específicamente la EC de mujeres, tratando de rescatar oportunidades perdidas, pues si bien a lo largo de la vida, las mujeres acuden con

mayor frecuencia a los servicios médicos, como dice el personal que las atiende, cuando se trata de la EC su atención suele demorarse, como se corroboró en este trabajo, y lo habían reportado previamente Soto (2007), Medrano (2012), Rincón (2013), y Tajer y cols (2014a).

Otro hallazgo es la visualización por parte de algunas mujeres vulnerables, de la violencia doméstica como causa de muerte en mujeres, que sumado a otros hallazgos, como las desigualdades en las responsabilidades de las tareas domésticas y sus dificultades para identificar estresores y satisfactores en la vida, permiten vislumbrar como se concretan diferencias de poder que determinan "... malestares y sufrimientos específicos por género que dan base, sustento y legitimidad a la violencia de género..." (Tajer y Cols 2014b, 5). El primer indicio había sido la referencia en la encuesta de la violencia doméstica, pero el tema tomó otro nivel cuando en todas las entrevistas en profundidad las mujeres relacionaron la EC con la violencia que les había sido infringida por *el hombre*. Mientras que el personal médico, principalmente las mujeres médicas, también identificaron la violencia de género como uno de los problemas de sus pacientes, que puede condicionar acciones (o inacciones) de las mujeres en salud, aun cuando no la relacionaran necesariamente con la EC.

Este punto es muy importante, la institución social que más contacto tiene con las mujeres violentadas es el sector salud, y la identificación de la violencia de género por las mujeres con EC, es una línea a profundizar para la mejor comprensión y apoyo de las mujeres enfermas del corazón. Cabe señalar que este tema ha sido ignorado, pues hay muy poca información al respecto, a nivel nacional no encontramos algún estudio que lo abordara, a nivel internacional está el grupo de Orth-Gomér que lo analizó como estrés marital severo. Pero hay que llamarla por su nombre, visibilizarla y buscar sus

repercusiones físicas, emocionales, económicas, es una basura en el ojo que en tanto molesta impide la completa visualización y comprensión de la relación entre EC de mujeres y violencia de género.

Aclarando que hablar de violencia no remite exclusivamente a la violencia con la pareja, dado que los hallazgos muestran que también hay violencia sobre las mujeres en el campo médico. En este caso se trata de la *violencia simbólica* –entendida a la manera de Bourdieu- establecida a través de mecanismos de control y vigilancia que no fomentan su toma de decisiones informadas en relación a la EC y/o desautorizan sus voces, pero que difícilmente se percibe en tanto estos mecanismos se instalan y encarnan en *habitus* diferenciados, el *habitus paciente obediente* de las mujeres-pacientes y el *habitus médico profesional* del personal médico que las atiende.

El *habitus paciente obediente* no implica que las mujeres sean víctimas inertes, pues ellas despliegan diversas estrategias y resistencias buscando cubrir sus necesidades en salud. A lo que hace alusión es al disciplinamiento de las mujeres al campo médico, ya sea por las experiencias que han vivido; para evitar que se les catalogue como *gente lata*; porque en el imaginario social *exigir* se entiende como demandar en forma más contundente; por el temor a que esto derive en represión o tenga consecuencias cuando regresen; porque en el imaginario social no es la manera en que las personas deban dirigirse a quienes se ubican en una posición jerárquica más alta; y principalmente porque esas son las reglas del juego en el campo médico.

Las mujeres perciben a los y las médicos/as que las atienden en lo alto de la jerarquía social y del propio espacio donde son atendidas, y esta percepción se legitima en las prácticas, en tanto hay prácticas de subordinación (Castro-Vásquez 2011) que

invisibilizan las particularidades de género de la EC, y obstaculizan su derecho a ser informadas en forma completa y expresada en forma clara y comprensible, de manera que favorezca el conocimiento pleno sobre la EC de mujeres. En breves palabras, no se aprecia en los testimonios que se haya posibilitado el ejercicio del derecho a la información en salud de las mujeres entrevistadas.

Es importante enfatizar que hay discursos tanto de las mujeres como del personal médico que las atiende, sobre problemas macroestructurales que involucran al Estado y/o las instituciones de salud, relacionados con la falta de campañas y programas preventivos específicos para la EC de mujeres, y de políticas sociales que cubran todas las necesidades de la población femenina en una enfermedad que implica gastos importantes en salud.

Es importante enfatizar la relevancia que dan las mujeres al *estrés* como uno de los principales problemas de salud; su consideración de que éste es alto en la vida cotidiana de las mujeres; y que puede relacionarse con el infarto cardíaco.

Las mujeres vulnerables visualizaban menos la EC, tenían menos probabilidades de llevar a cabo prácticas de cuidados antes y después de tener un cuadro de dolor de pecho; se les dificultaba o no pudieron identificar con la misma frecuencia que las no vulnerables los problemas sociales, culturales, económicos y de género, que causan estrés a las mujeres.

Todo esto da cuenta de limitaciones para reaccionar ante la vida y la enfermedad, que fragilizan más a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Pero también el que casi la mitad de las mujeres en la encuesta, seleccionaran conjuntamente los problemas enlistados, devela tanto su realidad social, como estresores específicos de género, varios de los cuales tienen que ver con relaciones altamente significativas como lo es su pareja y familia, que les generaron problemas emocionales.

Se había señalado en la literatura que era reducido el número de mujeres que

seguían la directriz de cambiar estilo de vida, como se les recomendaba en los servicios médicos (Manzur y cols 2005, TNS Gallup 2010), sin embargo, un tema que fue común a todas las entrevistadas, se refiere a sus problemas para lograr dichos cambios. Por su parte, un dato importante para la comprensión del problema de la EC, lo ofreció el segmento de mujeres que contaban con información acerca de factores de riesgo cardiovascular, síntomas coronarios y estrategias preventivas, pero que seguían identificando al cáncer de mama como el principal problema de salud de las mujeres (Mosca y cols 2010, Rolandi y cols 2013).

En la investigación los hallazgos muestran que las nociones estereotipadas sobre la EC permean tanto la percepción de riesgo, como la comprensión y significados de la enfermedad, y las maneras de gestionar y afrontar este problema de salud, en tanto prácticas de cuidado que siguen una lógica de acuerdo a dinámicas y particularidades propias de cada individuo y del propio colectivo.

En el caso de las mujeres informadas sobre EC, y que no habían seguido las recomendaciones médicas, se señalaron una serie de motivos y condiciones relacionadas con su realidad social, mandatos de género y grados de libertad personal. Es interesante señalar que ellas agregaron que por *desidia* no habían seguido dichos consejos, pues expresa "... una variedad de elementos culturales e individuales" (Aranda 2010, 347) en la vida de las mujeres, que las lleva a culpabilizarse por no realizar determinadas prácticas en salud.

Un problema de salud cuya experiencia es compleja, suele acompañarse del temor a morir como lo expresaron las entrevistadas, y compromete "... ámbitos físicos, psicológicos y emocionales en la vida de la mujer" (Millán y Díaz 2009), que detonan distintos procesos desde la negación hasta las estrategias de afrontamiento (Rincón 2013).

Tal como se observó en las entrevistas, las mujeres llevaban a cabo procesos de adaptación o de resistencia que influían en acciones, ya fuera para desarrollar actividades con la intención de mejorar su salud cardiovascular, como para buscar atención médica, y para hacer el seguimiento de las recomendaciones emitidas en la consulta.

Pero en este problema de salud, también devienen sentimientos encontrados de falla, carga, debilidad, dadas las connotaciones del corazón en el imaginario social (Emslie y cols 2001), las limitaciones que puede traer consigo la EC (Ledón 2011), y la sensación de minusvalía tanto por la propia enfermedad, como por el control que se ejerce sobre sus actividades y decisiones en el ámbito doméstico, que era para la mayoría de las mujeres, el área que más las satisfacía, pero también donde más identificaron estresores específicos de género.

En las entrevistas se habló acerca de la falta de retribución de cuidados hacia las mujeres cuando enferman, por ejemplo, una de las médicas señaló que las mujeres acuden menos que los hombres a los programas de rehabilitación cardíaca, porque ellas dejan familia y trabajo para acompañar a sus cónyuges cuando ellos son los afectados por EC, pero cuando son ellas las enfermas, es más difícil que alguien las lleve.

La falta de apoyo social también es evidente en cuanto al reparto igualitario de las tareas domésticas, resalta en este sentido, el alto porcentaje de encuestadas que continuaban desarrollando solas este tipo de trabajo, lo que se corroboró con las entrevistadas. Esta dimensión es importante para visibilizar los problemas de salud cardiovascular que pueden traer consigo la sumatoria de roles y la multiplicación de jornadas (dobles o más), como se comentó previamente.

Se enfatiza la necesidad de generar conocimiento al respecto y socializar esta dimensión del problema, pues demuestra que el género y los sistemas de creencias sobre el

género, influyen en el conocimiento que se genera sobre las mujeres y sobre la EC de mujeres (Pramparo 2013).

Más aun, que las concepciones estereotipadas de lo que se entiende como femenino –sensibilidad, emotividad, complejidad- generan y perpetúan las desigualdades de género en forma sistemática, esto es, que persiste la reproducción de los sesgos de género en la atención sanitaria de la EC (Ruiz-Cantero 2015).

En México, no se ha reportado previamente alguna otra investigación con enfoque socio-cultural de género y derecho en el estudio de la EC de mujeres, a pesar de que en este problema subyacen diferencias de género en la población femenina, como se ha evidenciado a lo largo del la investigación. Siendo el género una dimensión central en la vida humana y un organizador de la sociedad, en la EC, la construcción genérica expresa modos diferenciales de percibir, vivir, enfermar y morir del corazón.

Sobre las experiencias vividas por la enfermas, se encontró que la demora para recibir atención médica dependía de condiciones socio-culturales específicas como:

- Edad, escolaridad, condición socioeconómica y acceso a los servicios de salud;
- Naturaleza y severidad de la enfermedad, siendo más retardada la búsqueda de atención cuando la enfermedad se presentaba como angina de pecho;
- Valoración, atribución y asociación que hacían del dolor con sus actividades cotidianas;
- Apoyo social con que contaban y la descalificación de sus padeceres;
- También estaba íntimamente relacionada con la socialización de género y el que ellas privilegiaran el cuidado de “otros” sobre todo en relación a la

crianza y manutención, siendo claro que las mujeres insertas en la economía formal estaban como jefas de familia;

- Dependencia a terceros para gestionar necesidades en salud;
- Limitantes estructurales que afectaban su capacidad para modificar entornos, como la pobreza, la precariedad y el acceso a recursos y servicios médicos;
- Experiencias negativas previas con el personal de salud.

Estos hallazgos constatan la presencia de varios factores señalados en la investigación de Soto (2007) en Colombia. Con base en la reconstrucción de las trayectorias de atención y la visibilización de las diferencias entre las mujeres, se encontró que los sesgos en la atención a la salud cardiovascular se relacionan además del género, con la edad, el estrato-socioeconómico, el trabajo, y el género del personal médico que las atiende. Evidenciando que en sociedades desiguales y discriminatorias como la mexicana, estos factores desempeñan un papel semejante al género en la reproducción de las desigualdades sociales en salud.

Los hallazgos muestran que las mujeres tenían retrasos en la atención, atribuibles a ellas y al personal médico que las atiende, pero que la subestimación de los malestares cardíacos, el sub-registro de la EC en los servicios médicos y el retraso en los estudios diagnósticos, eran más frecuentes en mujeres de estrato socioeconómico bajo, como se ha reportado en otras investigaciones (Tajer 2009, Tajer y cols 2014a).

En cuanto a la idea de que las candidatas a padecer EC están inmersas en la competitividad y complejidad del mundo moderno. Tajer (2009) observó que la vulnerabilidad coronaria de esas mujeres se asociaba con los niveles de responsabilidad laboral, su poco poder para tomar decisiones en el espacio público, y con la doble jornada

que llevaban a cabo. Sin embargo, en este estudio las mujeres insertas en la economía formal, relacionaban la EC con la sumatoria de roles descritos como *la doble vida de las mujeres*, y las múltiples jornadas de trabajo. Las mujeres consideraban que no era el trabajo en sí, fuera o dentro de casa lo que afectaba tanto su salud, como la sobrecarga y las responsabilidades para cumplir con sus mandatos de género.

En relación a las decisiones diagnósticas en la atención médica de acuerdo al género del personal que las atiende. Adams y cols (2008), señalaron en su investigación, que las médicas tendían a escuchar más ampliamente las historias acerca de la presentación de la enfermedad, particularmente cuando atendían a mujeres; y que los médicos aparentemente no mostraron diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto, así lo expresó una de las mujeres entrevistadas. Pero las diferencias entre médicos y médicas se observaron principalmente, en la señalización sobre los roles de género que desempeñaban las mujeres-pacientes y que explicaban sus acciones en salud. Mientras la mayoría de los médicos tendieron a culpabilizar a las mujeres por posponer su atención por cumplir esos roles, entre las médicas se observaron líneas argumentativas contradictorias, a veces cuestionaban las condiciones de género, en otras se auto-identificaban con las mujeres-pacientes en tanto su *habitus de género*, y en otras las responsabilizaban por no superarlos, expresando el predominio de su *habitus médico profesional*.

La perspectiva de género y derechos también llevó a visibilizar las dificultades que tienen las mujeres y el personal médico que las atiende, para identificar los derechos de las mujeres en el campo médico. Lo que se expresa tanto en la falta de información clara y oportuna sobre la EC, como en el hecho de que ellas no exijan esa información y/o que se resuelvan sus dudas y necesidades en salud.

Tampoco existen condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos, por ejemplo, para que las mujeres tomen decisiones informadas en salud, un proceso de ciudadanía que empodera a las personas y posibilita la apropiación, es decir el sentir que tienen derecho a exigir información, a tomar decisiones en relación a sus padeceres, y autorizarse a sí mismas para hacerlo.

La subordinación de las mujeres a la autoridad médica encarnada en el *habitus paciente obediente*, es una barrera para la construcción de ciudadanía en salud, ya que limita el proceso de apropiación y las posibilidades de ejercicio de derechos en salud. En el caso de las mujeres esto se complejiza, pues si bien sus derechos han ido logrando reconocimiento, siguen sujetos a viejos y nuevos escenarios, con dinámicas de interacción social que no en todos los casos ni en todas las sociedades les son favorables (Vargas 2010).

Algunas recomendaciones

Centralizar el estudio de la EC de mujeres sólo en aspectos biológicos, muestra limitaciones para incorporar otras dimensiones a las conductuales, y subestima las condiciones socioculturales, contextuales y de género de las personas y grupos sociales, es decir, los condicionantes (determinantes) sociales de la salud, que difieren del enfoque tradicional de los factores de riesgo (Álvarez 2009), por lo que se recomienda ampliar la mirada sobre la EC de mujeres para:

Cuestionar la etiquetación de las mujeres como “naturalmente” más emocionales, que puede llevar a tratar sus malestares con ansiolíticos y sub-registrar los primeros síntomas coronarios (Tajer 2009).

Cuestionar lo que se entiende por estrés desde los estudios biomédicos y reconocer

los aportes desde otras disciplinas. En este proyecto, se muestra que hay estresores específicos de género, que aunque señalados en forma conjunta por un porcentaje considerable de mujeres, también muestran diferencias entre ellas, relacionadas con condiciones de vulnerabilidad, que fragilizan más a unas que a otras.

Una línea a profundizar para la mejor comprensión y apoyo de las mujeres enfermas del corazón es la violencia de género, pues todas las mujeres entrevistadas la relacionan con la EC.

Transversalizar género en las currículas universitarias, potencializando la enseñanza y la investigación en salud bajo la perspectiva de género, pues se observó que hay literatura médica donde persiste la reducción de la categoría género a la variable “sexo”, sin reconocer que son constructos diferentes. A pesar de que esto se ha venido discutiendo desde las ciencias sociales y de las de salud (Krieger 2003, Salas-Valenzuela y Medina-Mora 2006, Ruiz-Cantero y cols 2006, Gahagan y cols 2015).

Incorporar la transversalidad de género en las estrategias preventivas, los programas de salud y las políticas, que informen, empoderen y posibiliten las posibilidades de acción de las mujeres ante la EC.

En el campo médico hay una condición de ciudadanía que invisibiliza desigualdades, subordina a las mujeres al discurso especializado del personal médico y limita sus procesos de autonomía, se recomienda trabajar con el personal de salud sobre género, derechos y calidad de la atención.

Se invita a la generación de conocimientos sobre fenómenos sociales y problemas de salud a través de la integración de métodos en tanto enriquece la información. Si bien esto tiene importancia creciente, aun es objeto de discusiones y producciones teóricas relevantes (Castro y Bronfman 1999).

Para la decisión del diseño de una investigación tomar en cuenta el supuesto central, que en este caso sirvió para dirigir la mirada y acotar el problema de investigación, la pregunta y los objetivos que la guían. En este proyecto, se planteó la necesidad de la complementariedad metodológica por la complejidad y poca información que se encontró en el país, sobre el objeto de estudio.

En la primera fase de investigación, la encuesta exploratoria ofreció una visión general, aproximativa, de un fenómeno poco estudiado nacionalmente, permitiendo la identificación de temas centrales. Con las entrevistas en profundidad se hizo un acercamiento a las experiencias vividas por mujeres afectadas por la EC, permitiendo el acercamiento a la percepción, comprensión, prácticas de cuidados y procesos de apropiación de derechos de las entrevistadas. Y en la tercera fase, se identificaron las explicaciones del personal médico sobre la EC de mujeres y sobre la atención que ofrecen a las mujeres antes y después de enfermar por este problema de salud.

Por otro lado, es claro que la generación de información a través de la complementariedad metodológica, permite un acercamiento significativo al objeto de estudio, y si bien lleva la tentación de establecer generalizaciones excesivas, se reconoce que la población de estudio, aunque intencionalmente diversificada tiene limitaciones, pues refiere a un grupo de mujeres urbanas del noroeste de México y no representa a todas las mujeres en todos los escenarios posibles, por lo tanto no podrían generalizarse los resultados a toda la población.

Del mismo modo, se señala que cada herramienta metodológica tiene sus propias limitaciones. La encuesta es el retrato de un momento y aunque se intentó construir de manera que arrojara información útil para continuar con la investigación, seguramente hay

otras variables que hubieran permitido otro tipo de acercamiento al problema.

En las entrevistas en profundidad, las mujeres pueden introducir cambios discursivos cuando se habla de experiencias cercanas a sus historias de vida, en este sentido hay momentos en que sus palabras eran más emocionales que fundadas en razonamientos, lo que dio riqueza a los datos, pues se tomó en cuenta el objetivo y la teoría social en los que se fundamentó la investigación.

Lo mismo pasó con las entrevistas semiestructuradas al personal médico, con quienes se apreció claramente, como las líneas argumentativas se relacionaban con diferentes “posiciones de sujeto” que dependiendo del plano personal o profesional al que remitían expresaban *habitus* diferenciados.

Finalmente, se rescata la voz de las mujeres que participaron en la investigación para enfatizar, que consideran a la EC como prevenible y que hacen falta campañas específicas para las mujeres que les hablen del corazón y sus problemas como se les habla de los cánceres. Y también las voces del personal médico que señalan la poca presencia de este tema en la mesa de las discusiones sobre los problemas de salud de las mujeres y la necesidad de campañas de concientización para las mujeres, el personal de salud y la sociedad en general.

La intencionalidad de visibilizar factores y condiciones que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres, se asocia no sólo a la relevancia de señalar las diferencias al interior de este colectivo, sino que lleva también el propósito de identificar áreas de oportunidad en la búsqueda de innovaciones de género para la EC de mujeres que aporten a la resolución de inequidades en salud (Gómez 2002), como se propone desde el grupo

Gendered Innovations (Schiebinger 2015).

Bibliografía

- Adams, Ann, Christopher Buckingham, Antje Lindenmeyer, John Mckinlay, Carol Link, Lisa Marceau y Sara Arber. 2008. The influence of patient and doctor gender on diagnosis coronary heart disease. *Sociology of Health Illness* 30 (1): 1-18.
- Águila, Elena. 2012. Sacar la voz. Tomarse la palabra. De silencios y resistencias. En *Mujeres y violencia. Silencios y resistencias*. Chile: Red chilena contra la violencia doméstica y sexual. Elena Águila Edición.
- Alexander, Jeffrey. 2001. La subjetivación de la fuerza objetiva: el habitus. *Iztapalapa* 50: 53-72.
- Almanza-Vega, Nanchy, Elizabeth Romero-Massa, Mayuriz Espitia-Mejía y Erich Álvarez-Romero. 2014. Percepción, evaluación y respuesta al síntoma angina de pecho, por mujeres que presentaron síndrome coronario agudo. *Revista Ciencias biomédicas* 2(5): 272-280.
- Almeida, Naomar de, David Castiel, José Ayres. 2009. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva* 5(3): 323-344.
- Álvarez, Luz. 2009. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencial Políticas Salud* 17(8): 69-79.
- American College of Cardiology/American Heart Association (ACA/AHA). 2002. Guidelines Updates for Exercises Testing. Summary articles. *Circulation* 106(14): 1883-1892.
- Amuchástegui, Ana y Marta Rivas. 2004. Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos* 57 (septiembre-diciembre): 543-597.
- Andreani, Flor. 1998. Mujer, cultura y malestar psíquico. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura* 482: 189-206
- Antonovosky, Aaron. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 11(1): 11-18.
- Aranda, Patricia. 2010. *Los motivos de la desidia: estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervico-uterino*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Arendt, Hannah. 1998. *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Editorial Santillana.
- Arrebola-Moreno, Antonio, Alejandro Recio-Mayoral, Juan Kaski Juan. 2011. Papel de la microcirculación coronaria en las enfermedades cardíacas. *Cardiocoore* 46(4): 161-166.
- Ayanian, John y Arnold Espstein. 1991. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart diseases. *New England Journal Medicine* 325: 221-225.
- Ayuntamiento de Hermosillo. Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015.

http://www.google.com.mx/?gws_rd=cr#sclient=psy-ab&q=distribución+mujeres+por+grupos+de+edad%2C+municipio+hermosillo%2C+censo+2010&oq=distribución+mujeres+por+grupos+de+edad%2C+municipio+hermosillo%2C+censo+2010&gs_l=hp.12...247534.254947.4.256396.52.48.1.0.0.40.389.10561.0j24j20j4.48.0...0...1c.1.21.psy-ab.zNjQOknLvoQ&pbx=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&bvm=bv.49478099%2Cd.eWU%2Cpv.xjs.s.en_US.c75bKy5EQ0A.O&fp=9cdb7d9f2bfe6689&biw=1279&bih=601
(02 de julio de 2013).

- Baeza, Hernán. 2001. El mito del corazón. *Revista Española de Cardiología* 54: 368-372.
- Barros, Marianela, Leandro Fusaro, Natalia Coria, Ernesto Duronto, Gerardo Bozovich. 2013. Las mujeres con síndromes coronarios agudos reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina. *Revista Argentina de Cardiología* 81(4): 316-321.
- Bonder, Gloria. 2007. Pasos Hacia la Utilización del Análisis de Género en los Estudios en Salud: Líneas de Investigación y Sistematización de Principales Hallazgos. Ciencia y Tecnología. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO-Argentina.
- Bourdieu, Pierre. 2012. Symbolic violence. *Revista Latina de Sociología* 2: 1-4
- , 2009. *El sentido práctico*. México: Siglo XXI.
- , 2006. Génesis y estructura del campo religioso. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* XXVII(108): 29-83.
- , 2002. *Campo de poder. Campo intelectual*. Montresor.
- , 2000. *La dominación masculina*. Buenos Aires: Anagrama.
- , 1997. *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- http://www.revistalatinadesociologia.com/index.php/revista_1/article/view/16
(10 de septiembre de 2015).
- , 1979. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre, Chamboredon Jean-Claude, Passeron Jean-Claude. 2002. *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant Loïc. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Burin, Mabel. 1992. Subjetividad e identidad femenina en el actual debate: feminismo y postmodernismo. Seminario dictado en el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México, D.F.: El Colegio de México.
- , 1993. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Planeta.
- , 2008. Las "fronteras de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología* 39(1): 75-86.
- Bustamante, John y Javier Valbuena. 2008. Biomecánica de la falla cardíaca. *Insuficiencia cardíaca* 3(4): 173-183.
- Cardaci, Dora. 2006. Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer. *Salud Colectiva* 2(1): 21-34.
- Castiel, Luis y Carlos Alvarez-Dardet. 2010. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castro, Roberto. 2014a. Génesis y práctica del habitus médico autoritario. *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197.
- , 2014b. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva* 10(3): 339-351.
- , 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, UNAM.

- . 2010. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, editado por Roberto Castro y Alejandra Gómez. Montevideo: Comité Sectorial de Investigación Científica.
- Castro, Roberto y Florinda Riquer. 2003. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cuadernos de Saúde Pública* 19(1): 135-146.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman. 1999. Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En: *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por ídem, 49-64. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castro-Vásquez, María del Carmen. 2011. Habitus lingüístico y el derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología* 73(2): 231-259.
- . 2008. *De pacientes a exigentes: un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro-Vásquez, María del Carmen, María del Carmen Arellano, Carolina Gil y Patricia Aranda. 2011. Disco compacto *Ciudadanía y salud. Revisión bibliográfica para el estado del arte*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Cerón-Mireles, Prudencia, Constanza Sánchez-Carrillo, Cecilia Robledo-Vera, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedroza-Isla, Hilda Reyes-Zapata, Bertha Cerón-Mireles, Guadalupe Ordaz-Hernández y Fernando Oláiz-Fernández. 2006. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud. México 2000-2003. *Salud Pública de México* 48(4): 332-340.
- Céspedes-Cuevas, Viviana. 2012a. Investigación que prueba teoría: una aproximación desde enfermería cardiovascular. *Aquichan* 2(12): 97-108.
- Céspedes-Cuevas, Viviana. 2012b. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *Avances en Enfermería* 2(30): 25-38.
- Clavreul, Jean. 1983. *El orden médico*. Barcelona: Argot.
- Colomer, Concha. 2007. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española Salud Pública* 81: 91-93.
- Comes, Yamila y Alicia Stolkner. 2006. Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Anuario de investigaciones. Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires* 13: 211-219.
- Comisión Nacional de Derechos humanos (CNDH). Sin fecha. http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos (12 de octubre de 2015).
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky. 1995. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista*. Perú: Flora Tristán.
- Cortes-Bergoderi, Mey, Thomas Randal, Felipe Albuquerque, John Batsis, Gerard Burdiat, Carmen Perez-Terzic, et al. 2012. Validity of cardiovascular risk prediction models in Latin America and among Hispanics in the United States of America: a systematic review. *Revista Panamerica Salud Pública* 32(2): 131-139.
- Denman, Catalina, María del Carmen Castro-Vásquez y Patricia Aranda. 2007. Salud en Sonora desde una perspectiva de género: Retos y propuestas. *Región y Sociedad XIX (esp)*: 147-170.
- Diez, Ana. 2003. Residential environments and cardiovascular risk. *Journal of Urban*

- Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 80(4): 569-589.
- Ebrahim, S y Davey Smith G. 1997. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of health promotion for prevention of coronary heart disease in adults. *BMJ* 314:1666-1674.
- El Imparcial. 2014. Sondeo de opinión 30 de julio. <http://www.elimparcial.com/Encuestas/>
- Emslie Carol, Kate Hunt y Watt Graham. 2001. Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of Health Illness* 23(2): 203-233.
- Escobedo, Jorge, Gabriela Rodríguez y Luisa Buitrón. 2010. Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. *Archivos de Cardiología de México* 80(4): 242-248.
- Esteban, Mari. 2010. Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En *Antropología, género, salud y atención*, editoras Esteban Mari, Comelles Josep, Díez Carmen, 49-49. Barcelona: Bellaterra.
- . 2006. La salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva* 2(1): 9-20.
- Esteban, Mari y Ana Távora. 2008. El amor romántico y la subordinación social de las mujeres. Revisiones y propuestas. *Anuario de psicología. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona* 39(1): 59-73.
- Fairclough, Norman. 2008. El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: Las universidades. *Discurso & Sociedad* 2(1): 170-185.
- Fernández, Sara. 2007. La violencia de género en las prácticas institucionales en salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6(12): 52-76.
- Fleury, Julie, Colleen Keller y Carolyne Murdaugh. 2000. Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Journal Women Health Gendered Based Med* 9(9): 967-78.
- Fondo Monetario Internacional (FMI). 2013. Las mujeres, el trabajo y la economía. Beneficios macroeconómicos de la equidad de género. <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/sdn/2013/sdn1310s.pdf> (20 de septiembre de 2015).
- Foucault, Michel. 2009. *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- . 2002. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- . 1979. *Microfísica del poder*. España: La piqueta.
- Frenk, Julio, Tomás Frejka, José Bobadilla, Claudio Stern, Rafael Lozano, Jaime Sepúlveda y José Marco. 1991a. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol of Sanit Panam* 111(6): 485-496.
- Frenk, Julio, José Bobadilla, Claudio Stern, Tomás Frejka y Rafael Lozano. 1991b. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México* 33(5): 448-462.
- Friedan, Betty. 2009. *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- Friedson E. 1970. *La profesión médica*. Barcelona: Taurus.
- Framingham Heart study. A proyect of a National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University. Sin fecha. <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php> (05 de enero de 2013).

- Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). 2006. La salud en México 2006-2012: visión de Funsalud. <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/La-Salud-en-Mexico-Funsalud-2006-2012.pdf> (09 de marzo de 2015)
- Fundación Favalaro. Sin fecha. Mitos y realidades acerca de la salud de la mujer. https://www.fundacionfavalaro.org/educa_mitos_salud_mujer.html (26 de septiembre, 2015).
- Gadda, Carlos. 2010. Cardiopatía inducida por estrés (TakoTsubo). Nueva Hipótesis fisiopatológica. *Revista Argentina Cardiología* 78(1): 43-54.
- Gahagan, Jacqueline, Kimberly Gray y Ardath Whynacht. 2015. Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for equity in health* 14(12): 1-4
- Gamba, Susana. 2008. ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? En *Diccionario de los estudios de género y feminismo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- García de la Hera, Manuela. 2007. Vulnerabilidad de la mujer con infarto al miocardio. *Medicina Clínica* 128(3): 97-99.
- Guerchicoff, Alejandra y Roxana Merhan. 2013. Estudio pionero en la Argentina para comprender las diferencias de género en pacientes con síndromes coronarios agudos. *Revista Argentina de Cardiología* 81(4): 297-298.
- Gómez, Elsa. 2002. Equidad, género y salud. Retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5-6): 454-461.
- Gómez, Rubén. 2001. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia* 19 (2): 57-74.
- Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. 2012. Quinto grupo de trabajo de la sociedad europea de cardiología y otras sociedades sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la clínica. http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90154893&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=102&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n10a90154893pdf001.pdf (20 de septiembre de 2015).
- Haro, Armando. 2008. Construcción de ciudadanía en salud. XV Curso taller OPS/OMS/CIESS Legislación en salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud. <http://es.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/ciudadana-en-salud> (10 de octubre de 2015).
- . 2011. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances*, organizado por Armando Haro. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Healy, Bernardine. 1991. The Yentl syndrome. *The New Journal of Medicine* July: 274-275.
- Hernández, Isabel, María Luz Arenas y Rosario Valdés. 2001. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista Saúde Pública* 35(5): 443-450.
- Herrera, Cristina. Invisible al ojo clínico. 2010. "De "pacientita" a ciudadana: el largo sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, editado por Castro Roberto y Gómez Alejandra, 75-99. Montevideo: Comité Sectorial de Investigación Científica.

- . 2009. *Violencia de pareja y políticas de salud en México*. México: FLACSO México, UNAM, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herrera, Eulo, Eduardo Chuquiure, Héctor González, Brenda Cuéllar, Alexandra Arias y Carlos Martínez. 2006. "El poder cardiaco" un instrumento del pasado, posiblemente una herramienta moderna en la valoración: clínica, terapéutica y pronóstica del coque cardiogénico por síndrome isquémico coronario agudo. *Archivos de Cardiología de México* 76(1): 95-108.
- Horrach, Juan. 2009. Sobre el concepto de ciudadanía. Historia y modelos. *Revista de filosofía Factorum* 6: 1-22.
- Inhorn, Marcia and Lisa Whittle. 2001. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward and appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine* 53: 553-367.
- INFAC. 2011. Prevención primaria, estimación del riesgo cardiovascular y estatinas: Acuerdos y desacuerdos. *Información farmacoterapéutica de la comarca* 19(5): 27-32 http://files.sld.cu/cdfc/files/2011/07/prevencion-riesgo-infac_vol19_n5.pdf (10 de julio de 2015).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) (INEGI). 2013a. Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos de Sonora. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion26.pdf> (10 de noviembre de 2014).
- 2013b. Mujeres y hombres en México 2013. http://www.colpos.mx/wb/images/Meg/pdf/Myh_2013.pdf (11 de noviembre de 2014).
- . 2012. Mujeres y Hombres en México 2012. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf (03 de mayo de 2013).
- Jiménez, María Luisa. Sin fecha. Entre humos y espejos de igualdad: mujeres, tabaco y nuevas formas de discriminación. <http://wzar.unizar.es/siem/articulos/Premios/Entre%20humos%20y%20espejos%20de.pdf> (01 de octubre de 2015).
- Juárez, Lucero. 2009. Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *La ventana. Revista de estudios de género* 4(30): 148-180.
- Juárez, Lucero, María del Carmen Castro-Vázquez, María Teresa Ruiz-Cantero. 2015. Nos dicen históricas. Percepción y prácticas sobre la enfermedad coronaria de mujeres, desde la mirada de género. Un estudio en Sonora. *En papel*.
- Jørgensen, Torben, Rikke Jacobsen, Ulla Toft, Mette Aadahl, Charlottee Glümer y Charlota Pisinger. 2014. Effect of screenig and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ*: 348:g3617 doi: 10.1136/bmj.g3617 (09 de Julio de 2014).
- Krieger, Nancy. 2003. Genders, sexes and health: What are the connections- and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.
- . 1994. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?. *Social Science Medicine* 39(7): 887-903.
- Lagarde, Marcela. 2012. *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topias*. México: Inmujeres DF.
- Lamas, Marta. 2013. Intrusas en la Universidad. *Perfiles educativos* 35(141): 196-199.

- 2000. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia* 7(18): 1-25.
<http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm> (12 septiembre de 2015).
- 1999. Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población* 5(21): 147-178.
- 1996. La antropología feminista y la categoría "género". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por ídem, 97-125. México: UNAM. Programa Universitario de Estudios de género.
- 1995. La perspectiva de género. *La Tarea* 8: 14-20.
- Lanas, Fernando, Alvaro Avezum, Leonelo Bautista, Rafael Díaz, Max Luna, Shofiqul Islam, Salim Yusuf 2007. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America. The Interheart Latin American Study. *Circulation* 115: 1067-1074.
- Larme, Anne. 1998. Environment, vulnerability, and gender in Andean ethnomedicine. *Social Science & Medicine* 47(8): 1005-105.
- Laurell, Asa Cristina. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico sociales* 19(Enero): 1-11.
- Latham, Michael. 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo* (Vol. 29). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).
- Ledón, Loraine. 2011. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 37(3): 324-337.
- Lepraz, Natalie. 2012. Delimitación de la emoción. Acercamiento a una fenomenología del corazón. *Investigaciones fenomenológicas* 9: 39-68.
- Lima, Sônia y Padiál Rosemari. 2007. Doença arterial cononária no climatério e exclusao socil. *Saúde e Sociedade* 16(1): 45-56.
- López-Arellano, Olivia. 2004. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Ponencia presentada en el curso-taller OPS/OMS/CIESS "Legislación de salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud", México, D. F
- López, Olivia, José Rivera y José Blanco. 2011. Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas. En *Salud en México*, coordinado por María Consuelo Chapela y María Elena Contreras, 93-124. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lozano, Rafael. 2013. Necesidades de salud, utilización de los servicios y capacidad instalada. Documento presentando en el Foro Envejecimiento y Salud: Investigación para un plan de acción. Instituto Nacional de Geriatria, México, D.F.
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/Foro/03a_LOZANOASCENCIO.pdf (Consultado 09 de julio de 2013).
- Lozano, Rafael, Héctor Gómez-Dantés, Francisco Garrido-La Torre, Aída Jiménez-Corona, Julio Campuzano-Rincón, Francisco Franco-Marina, María Medina-Mora, Guilherme Borges, Mhosen Naghavi, Haidong Wang, Theo Vos, Alan López y Christopher Murray. 2013. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 55(6): 580-594.
- Lozano, Rafael, José Escamilla, Jorge Escobedo de la Peña y Malaquías López-Cervantes. 1990. Tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México, de 1950 a 1985. *Salud Pública de México* 32(4): 405-415.
- Lluch, María Teresa. 1999. Construcción de una escala para evaluar la salud mental

- positiva. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
<http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10426/tesisaludmentalpositiva.pdf> (30 de julio de 2015).
- Marshall, Theodore. 1965. *Class, citizenship and social development*. USA: Anchor books editions.
- Márquez, Soledad y Ricard Meneu. 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasía Revista de Filosofía* II(8): 65-86.
- Maier, Elizabeth. 2007. Convenios internacionales y equidad de género: un análisis de los compromisos adquiridos por México. *Papeles de Población* 13(53): 175-202.
- Malterud, Kirsti. 2000. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine-Kansas City* 32(9): 603-611.
- Manzur, Fernando y Carlos Arrieta. 2005. Estudio sociológico y del conocimiento de las enfermedades cardiovasculares en la costa caribe colombiana. *Revista Colombiana de Cardiología* 12(3): 122-128.
- Martínez, Carolina y Gustavo Leal. 2003. Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in México. *Social Science & Medicine* (57): 539-550.
- Mayobre, Purificación y Cristina Caruncho. 1998. *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Coordinadoras ídem, Santiago de Compostela, España: Tórculo Edicións.
- Medrano, Milena. 2012. Caracterización de los síntomas de mujeres hospitalizadas en la Clínica San Juan de Dios de Cartagena. Tesis de maestría en enfermería: Facultad de Enfermería, Universidad de Colombia.
- Menéndez, Eduardo. 2009. Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. Conferencia Magistral en la IV Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la salud. UIPES/ORLA Medellín, Colombia.
- , 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciència & Saude Colectiva* 8(1): 185-207.
- , 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos* XVI(46): 17-68.
- , 1997. El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* XVIII(69): 270-327.
- , 1994. La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?. *Alteridades* 4(7): 71-83.
- Millán, Eillen y Luz Díaz. 2009. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio, *Avances en Enfermería* 2(27): 33-42.
- Montoya, Carolina. 2011. Derecho a la información en el ámbito sanitario. *Nueva Época* 5: 1-15. <http://derecom.com/numeros/pdf/montoya.pdf> (18 de agosto de 2015).
- Mosca, Lori, Emelia Benjamin, Kathy Berra, Judy Bezanson, Rowena Dolor, Donald Lloyd-Jones, Kristin Newby, Ileana Piña, Véronique Roger, Leslee Shaw, Dong Zhao, Theresa Beckie, Cheryl Busnell, Jeanine DÁrmiento, Penny Kris-Etherton, Jing Fang, Theodore Ganiats, Antoinette Gomes, Clarisa Gracia, Constance Haan, Elizabeth Jackson, Debra Judelson, Ellie Kelepouris, Carl Lavie, Anne Moore, Nancy Nussmeier, Elizabeth Ofili, Suzanne Oparil, Pamela Ouyang, Vivian Pinn, Katherine Sherif, Sydney Smith, George Sopko, Nisha Chandra-Strobos, Elaine Urbina, Viola Vaccarino, Nanette Wenger. 2011. Effectiveness-based guidelines for

- the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Journal of the American College of Cardiology* 57(12): 1404-1423.
- Mosca, Lori, Mochari-Greenberger H, Rowena Dolor, Kristin Newby, Karen Robb. 2010. Twelve-year follow-up of american women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes* 32(2): 120-127.
- Mosca, Lori, Lawrence Appel, Emelia Benjamin, Kathy Berra, Nisha Chandra-Strobos, Rosalind Fabunmi, Deborah Grady, Constance Haan, Sharonne Hayes, Debra Judelson, Nora Keenan, Patrick McBride, Suzanne Oparil, Pamela Ouyang, Mehmet Oz, Michael Mendelsohn, Richard Pasternak, Vivian Pinn, Rose Robertson, Karin Schenck-Gustafsson, Cathy Sila, Sydney Smith, George Jr Sopko, Anne Taylor, Brian Walsh, Nanette Wenger y Christine Williams. 2004. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation* 109: 672-693.
- Murray, Spiegel y Larry Stephens. 2009. *Estadística*. México: Mc Graw Hill.
- Mussi, Fernanda, Mariana de Almeida Moraes, Carla Almeida, Andreia Santos, Aménio Costa y Carlos Telez. 2013. Sociodemographic and clinical factors associated with the decision time for seeking care in acute myocardial infarction. *Rev Latino-Am Enfermagem* 21(6):1248-1257.
- Mussi, Fernanda y Alvaro Pereiro. 2010. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. *Acta Paulista de Enfermagem* 23(1): 80-87.
- Mussi, Fernanda, y Angélica Araújo. 2006. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocardio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 40(2): 170-178.
- Narro, José, David Moctezuma, Diego De la Fuente. 2013. Descalabros y desafíos de la política social en México. *Revista Problemas del Desarrollo* 174(44): 9-34.
- Nichiata, Lucia, María Bertolozzi, Renata Takahashi y Lislaine Fraccolli. 2008. La utilización del concepto “vulnerabilidad” por enfermería. *Revista Latino-Am Enfermagem* 16(5): 1-7.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en Latinoamérica y el Caribe. <http://www.oei.es/genero/ODMMUJERCOMPLETO.pdf> (10 de marzo de 2013)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009a. “Las Mujeres y la Salud”. Los datos de hoy, La agenda del mañana. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf (03 de marzo de 2013).
- , 2009b. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&Itemid (10 de noviembre de 2014).
- , 2008. Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16322&Itemid (25 de febrero de 2015).
- , (WHO). 2002. Percepción de los riesgos. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf> (22 de agosto de 2014).
- Orth-Gomér, Kristina. 2009. Are social relationship less health protective in women that in

- men? Social relations, gender and cardiovascular health. *Journal of Social & Personal Relationship* 26(1): 63-71.
- Orth-Gomér, Kristina, Sara Wamala, Myriam Myriam Horsten, Gustaffson Schenck, Neil Shneiderman y Murray Mittleman. 2000. Marital stress worsen prognosis in women with coronary heart disease. *JAMA* 284 (23): 3008-3014.
- Osborne, Raquel y Cristina Molina. 2008. Evolución del concepto de género. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* 15: 147-182.
- Petchesky, Rosalind y Karen Judd (compiladoras). 2006. *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, políticas y religiones*. México D.F.: El Colegio de México.
- Poblano-Verástegui, Ofelia, Emanuel Orozco, Carlos Carrillo, Doris Ortega y Alma Saucedo. 2007. Calidad de la atención médica hospitalaria, asociada a género, en entidades federativas de la República Mexicana. *Género y Salud en Cifras* 3(2/3): 16-22.
- Pramparo, Palmira. 2013. ¿Falta de conscientización de las mujeres sobre la enfermedad cardiovascular o información inadecuada e insuficiente? *Revista Argentina de Cardiología* 81(4): 301-303.
- Pratt, Guillermo. 2007. Estudio anatómico de las arterias coronarias y su implicancia médico-quirúrgico. Tesis doctoral en ciencias médicas, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- PRIGEPP. Cátedra UNESCO-FLACSO. 2009. La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud. Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2003. Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia. http://idh.pnud.bo/usr_files/informes/tematicos/genero/capitulos/Genero%20Presentacion%20y%20Prologo.pdf (05 de enero de 2013).
- Puentes, Yesica, Carolina Urrego y Ricardo Sánchez. 2015. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(3): 481-495. <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3226> (04 de septiembre de 2015).
- Rawls, John. 1979. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Reyes, Alfonso. 2010. Evolución de la mortalidad cardiovascular en México 1985 2008. Ponencia presentada en la X Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Escenarios Demográficos y Política de Población en el Siglo XXI. http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/V_3_2.pdf (27 de agosto de 2012).
- Reyes, Fernando, Javier Farell, Arturo Abundes, José Palomo, Armando Montoya, Juan Necochea y Mariano Ledesma. 2001. Diferencias y resultados de revascularización coronaria percutánea en mujeres y hombres. *Revista Mexicana de Cardiología* 12(2): 71-76.
- Reyes, Pablo. 2013. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta Salud en Sonora. Proyecto “Centro de Promoción de la Salud del Norte de México”. Avance de Investigación. http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/Reyes2013_InformeSobreEnfermedades.pdf (15 de marzo de 2015).

- Rincón, Fanny. 2013. *La enfermedad coronaria en la mujer. Un asunto de cuidado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rohlf, Isabella, María del Mar García, Laura Gavaldá, María José Medrano, Dolors Juvinyá, Alicia Baltasar, Carme Saurina, María Teresa Faixedas, Dolors Muñoz. 2004. Género y Cardiopatía Isquémica. *Gaceta Sabut* 18(2): 55-54.
- Rodríguez, José, Fernando Cotera y Edwin Ángeles. 2013. Abordaje del paciente difícil. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 20: 9-43.
- Rodríguez, Susana. 2011. Tabaco y cambio social: la construcción del tabaquismo como conducta desviada. *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales* 21(enero-junio): 121-142.
- Rolandi, Florencia, Liliana Grinfeld, María Sosa, Ana Tambussi, Lucía Kazelian, María Cristina La Bruna, María Eugenia Natale, Merina Huelin, Karla Agatiello, Ana Salvati. 2013. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Revista Argentina de Cardiología* 81(4): 301-303.
- Ruiz-Cantero, María Teresa (2015). Innovaciones de género para la salud pública: Universidad de Alicante. Lección inaugural curso académico 2015-2016. <http://web.ua.es/es/protocolo/documentos/eventos/apertura-curso/apertura-1516/leccion-inaugural-apertura-curso-academico-2015-2016.pdf> (03 de octubre 2015).
- . 2006. El enfoque de género en la investigación y difusión del conocimiento. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Ministerio de Sanidad. www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf (28 de marzo de 2012).
- Ruiz-Cantero, María Teresa, Carmen Vives-Cases, Lucía Artazcoz, Ana Delgado, María del Mar García, Consuelo Miqueo, Isabel Montero, Rocío Ortiz, Elena Ronda, Isabel Ruiz y Carme Valls. 2007. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health* 61: 46-53.
- Ruiz-Cantero, María Teresa, Elena Simón-Rodríguez y Natalia Papí-Galvéz. 2006. Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Gaceta Sanitaria* 20(2): 161-5.
- Ruiz Cantero, María Teresa y María Verdú-Delgado. 2004. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 18(1): 118-125.
- Ruiz-Cantero, María Teresa y Lois Verbrugge. 1997. A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health* 51: 106-109.
- Salas-Valenzuela, Monserrat y Torre Medina-Mora. 2006. El concepto género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. *Salud Colectiva* 2(1): 35-45.
- Schiebinger, L, Klinge I, Sánchez de Madariaga I, Schraudner M and Stefanick M. 2011-2013. Gendered innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment (genderedinnovations.stanford.edu), editores ídem. <https://genderedinnovations.stanford.edu/> (05 de mayo de 2015)
- Salgado-de Snyder, Nelly y Rebeca Wong. 2007. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México* 49(4): 515-521.
- Santos, Alexander y Amarilis Valero. 2011. Miocardiopatía de Takotsubo. Claves para su diagnóstico. *Gaceta médica espiritana* 13(1): 1-10.
- Scott, Joan. 1996. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la*

- construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Lamas Marta, 265-302. México: PUEG.
- Secretaría de Salud (SSA). ISSEA. 2012. Estadísticas- principales causas de mortalidad general 2008-2102. <http://www.issea.gob.mx/mortgral.asp> (25 de abril de 2013).
- . Centro Nacional de Equidad de género y salud reproductiva. 2007. Una mirada de género en Salud Pública en México.
- . Programa de acción específico 2007-2012. 2007. Riesgo cardiovascular. www.cenave.gob.mx/prograccion/cardio.pdf (3 de octubre de 2012).
- . 2002. Carta de los derechos generales de los pacientes. *Revista de Enfermería IMSS* 10: 103-105.
- . Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e Hipertensión arterial. 2001. www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/enfermedades_cardiovasculares.pdf (20 de marzo de 2012).
- Sen, Amartya. 2002. ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11(5/6): 302-309.
- Sen, Gita, George Asha y Pirooska Östlin. 2005. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2012. www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/. (30 de Septiembre 30 de 2012).
- Solorio, Sergio, Martha Hernández, Alberto Rangel y Blanca Murillo-Ortiz. 2007. Cardiopatía isquémica en mujeres mexicanas. *Archivos de Cardiología de México* 77: 226-231.
- Soto, Alejandra. 2007. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *av enfer XXV*(2): 58-64.
- Strauss Anselm y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tajer, Débora. 2012. *Género y salud. Las políticas en acción*. Compilado por ídem. Buenos Aires: Lugar editorial.
- . 2009. *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- . 2005. Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. Síntesis de Tesis de Maestría. Ciencias Sociales en Salud, Facultad de Psicología., Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Investigaciones/*Anuario de investigaciones*: 232-234 <http://www.aacademica.com/000-051/131.pdf> (12 de octubre de 2015)
- Tajer, Débora, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agostina Chiodi, Adriana Salazar, Isabel Barrera Isabel, Lucero Juárez. 2014a. Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarias. *Revista Argentina Salud Pública* 21(5): 14-23.
- Tajer, Débora, Mariana Gaba y Graciela Reid. 2014b. Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires. *Género y salud en cifras* 12(2): 11-26.

- Tajer, Débora, Graciela Reid, Mariana Gaba, Alejandra Lo Russo e Isabel Barrera. 2013. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Revista Argentina Cardiología* 81(4): 1-8.
- Tajer, Débora, Mariana Gaba e Isabel Barrera. 2011. Análisis de la situación de vulnerabilidad coronaria y género en la ciudad de Buenos Aires. Dirección General de la Mujer, Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tajer, Débora, Cernadas J, Isabel Barrera, Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba M, Clara Attardo C. 2010. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En *Desigualdades sociales y equidad en salud: perspectivas internacionales*, compilado por González-Pérez Guillermo, Vega María Guadalupe, Cabrera Carlos, 73-102. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Tajer, Débora, Mariana Gaba, Alejandra Lo Russo, Graciela Reid, Clara Attardo, Adriana Zamar, Mariana Fontenla, María Eugenia Cuadra, Viviana Cunningham, Agustín Oliveto, Mercedes Lupi, Vanesa Jeifetz y Marina Straschnoy. 2006. Ruta crítica de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires. 2da. parte. Facultad de psicología-UBA/Secretaría de investigaciones/*Anuario de investigaciones XIV*: 251-258.
- Tajer, Débora, Ana Fernández, Isabel Barrera, Josefa Cernadas, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras, Clara Attardo. 2003. Equidad de género en la calidad de la atención en los pacientes cardiovasculares- 2a. parte. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. *XI Anuario de investigaciones*: 281-282.
- Tajer, Débora, Ana Fernández, Isabel Barrera Isabel, Josefa Cernadas, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras, Clara Attardo C. 2002. Equidad de género en la calidad de la atención en los pacientes cardiovasculares. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, *X Anuario de Investigaciones*: 215-222.
- Tajer, Débora, Josefa Cernadas, Isabel Barrera, Xavier Imaz, Alejandra Lo Russo. 2000. Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes, Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Programa UBACyT. Categoría investigadores jóvenes.
- Tajer, Débora, Josefa Cernadas, Isabel Barrera y Paola Albertano. 1998. 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. de género. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones. Facultad de psicología. Programa UBCy T. Categoría jóvenes.
- TNS Gallup Argentina (TNS). 2010. Estudio entre mujeres. Conocimiento sobre el riesgo en las enfermedades cardiovasculares.
<http://mejorsalud.org.ar/Pdf/EstudioTNS.pdf> (20 de marzo de 2013).
- Taylor S.J., Bogdan R. 1987. La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*, 194-216. Buenos Aires: Paidós.
- Terrasa, Sergio. 2011. Actualización: factores psicosociales y su relación con la enfermedad cardiovascular. *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria* (Octubre-Diciembre): 149-152.
- Terril, Alexandra, John Garofalo, Elizabeth Soliday y Rebecca Craft. 2012. Multiple roles

- and stress burden in women: a conceptual model of heart disease risk. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 17(1): 4-22.
- Tornos, Maider. 2014. Del goce lacaniano a la escritura femenina: la histerización de la palabra en Hélène Cixous. *Lectora* 20: 175-190.
- University of Maryland Medical Center. 2014. Cardiopatía coronaria. <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/cardiopatia-coronaria> (30 de octubre de 2014)
- Ureta-Calderón, Clara-Angélica. 2003. El mercado lingüístico como campo de definición de poderes en la sociedad. *Graffylia. Rev de la Facultad de Filosofía y Letras* 1: 99-104.
- Urquijo, Sebastián, Mariela Giles, María Richard's y Enrique Pianzola. 2003. Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-vasculares. Un estudio de género. *Revista Federación Argentina de Cardiología* 32: 190-198.
- Valdivieso, Magdalena. 2012. Aportes e incidencias de los feminismos en el debate sobre ciudadanía y democracia en América Latina. En *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*, coordinado por Alba Carosio, 19-42. Buenos Aires: CLACSO.
- Valls-Lobet, Carmé. 2006. *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Mondadori. Random House.
- Valls-Lobet, Carmé. 2009. *Mujeres, salud y poder*. Barcelona: Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer. Valencia. Ediciones Cátedra.
- Vargas, Virginia. 1997. Ciudadanía. Un debate feminista en curso. En *La ciudadanía a debate*, editoras Eugenia Holo y Ana María Portugal, Santiago: Isis Internacional-Centro de Estudios de la Mujer, Santiago.
- . 2010. Constructing new democratic paradigms for global democracy. En *Women's activism in Latin America and Caribbean*, edition for Maier Elizabeth and Lebon Natalie, 319-334. Brunswick: Rutgers/Colef.
- Velasco, Sara. 2010. Informe sobre metodología y determinantes psicosociales de género en enfermedades cardiovasculares. Para la revisión del plan de prevención de Enfermedades cardiovasculares de la comunidad Valenciana. Dirección General de Salud Pública (Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana). www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/determinant (27 de septiembre de 2015).
- Viesca, Carlos. Sin fecha. La ética médica y su problemática actual. Seminario El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina. UNAM. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_may_2k2.html (28 de octubre de 2015).
- Viesca, Carlos y Carolina Consejo. 2005. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica IMSS* 43:1-3.
- Vygotsky, Lev. 1995. *Pensamiento y lenguaje*. Ediciones Fausto. <http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00947.PDF> (12 de septiembre de 2015).
- Whitehead, Margaret. 1991. The concepts and principles of equity in health. *Health Promotion International* 6(39): 217-228.
- Williams David, Kathleen Bennet, John Feely. 2003. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol* 55: 604-608.
- Women's Health Initiative (WHI). 2002. Risks and benefit of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 288(3): 321-333.

- Yanes, Aleyda. 2012. Psicopatologización de lo femenino: aproximación a los estereotipos de género en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza. Trabajo de investigación del máster oficial en estudios de mujeres, género y ciudadanía. <http://www.tantasha.com.ar/pdfs/Psicopatologizacion-de-lo-Femenino.pdf> (13 de septiembre de 2015).
- Zárate, Arturo, Renata Saucedo, Lourdes Basurto y Carlos Martínez. 2007. La enfermedad cardiovascular como amenaza actual para la mujer adulta mayor. La relación con los estrógenos. *Ginecología y Obstetricia de México* 75: 286-92.
- Zúñiga, Yanira. 2010. Ciudadanía y género. Representaciones y conceptualizaciones en el pensamiento moderno y contemporáneos. *Revista de Derecho. Universidad Católica del Norte* 17(2): 133-163.

Anexo 1

Carta de consentimiento informado



Hermosillo, Sonora.

A....de, 20014

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO¹⁶

La presente investigación tiene como objetivo principal obtener información sobre algunas enfermedades del corazón en mujeres, forma parte del proyecto de investigación “Las mujeres y las enfermedades coronarias en Hermosillo, Sonora, desde la mirada de género y ciudadanía”.

Para ello, utilizaremos una serie de entrevistas, las que se desarrollarán en varias sesiones. La información se utilizará con fines académicos y pudiera servir posteriormente para planear estrategias de intervención.

El fin de esta carta, además de agradecer su participación en el estudio, y por lo cual cuenta con nuestros datos de localización, es para dejar constancia de su consentimiento para participar. Es importante que sepa que en ningún momento del proceso de investigación, se obliga a participar, que su participación es **completamente voluntaria**, y que aún cuando se esté de acuerdo en participar, si por algún motivo ya no desea continuar, puede dar a conocer la decisión de retirarse, sin que exista ningún problema para usted. Se le garantiza que lo que Usted exprese es **totalmente confidencial**, lo que quiere decir que los demás no sabrán lo que Usted expresó, ni se usará su nombre u otros datos personales en ningún documento.

Su participación es muy importante, de nuevo se lo agradecemos y le pedimos su firma de que está de acuerdo.

ATENTAMENTE:

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo

Dra. Carmen Castro

Tél. 66621140804. Correo: juarezluce@hotmail.com

Directora de tesis

ACEPTO PARTICIPAR Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO

Anexo 2

¹⁶ COLSON: Dir. Av. Obregón #54, Col. Centro, Tel. 259-53-00



NÚMERO DE ENCUESTA: _____
LUGAR DE APLICACIÓN: _____
FECHA _____
HORA DE INICIO: _____
INICIALES DEL/A ENCUESTADOR/A: _____

Encuesta

Proyecto: Las mujeres y las enfermedades coronarias en Hermosillo, Sonora, desde la mirada de género y ciudadanía.

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo

Tel. 6621140804. ljuarez@posgrado.colson.edu.mx

Agradecemos el apoyo para resolver esta encuesta, el objetivo de la misma es obtener información sobre algunas enfermedades del corazón en mujeres, forma parte del proyecto de investigación “Las mujeres y la enfermedad coronaria en Hermosillo, Sonora. Desde la mirada de género y ciudadanía”.

La información se utilizará con fines académicos y pudiera servir posteriormente para planear estrategias de prevención.

Su colaboración es voluntaria, gratuita y confidencial. La duración es de 15 minutos.

Favor de marcar o subrayar la respuesta que le parezca más adecuada.

I. DATOS GENERALES

1. Por favor podría decirme su edad? _____ (años cumplidos)
2. En qué colonia vive? _____
3. Por favor, podría decirme hasta que año estudió?
 - a. Sin primaria
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria
 - d. Secundaria
 - e. Preparatoria

- f. Licenciatura
- g. Posgrado
- 4. Actualmente, ¿Cuál es su situación laboral? (Puede responder más de una opción):
 - a. Ocupada
 - b. Desempleada
 - c. Ama de casa
 - d. Estudiante
 - e. Jubilada
 - f. Otra: _____
- 5. Si está realizando algún trabajo remunerado, ¿cuál es su nivel de responsabilidad en el trabajo?
 - a. Empleada sin poder de decisión
 - b. Con mediana responsabilidad
 - c. Alto nivel de responsabilidad
 - d. Otra _____
- 6. Tiene derecho a algún servicio médico por su trabajo?
 - a. Si
 - b. No
- 7. Tiene derecho a algún servicio médico por el trabajo de su pareja?
 - a. Si
 - b. No
- 8. Cuándo necesita atención médica, Ud. acude a?
 - a. IMSS
 - b. ISSSTE
 - c. ISSSTESON
 - d. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
 - e. PRIVADO
 - f. SSA
 - g. Otro: _____ (consignar)

II. INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

- 9. ¿Cuál considera que es el principal problema de salud de las mujeres?
 - a. Estrés
 - b. Diabetes
 - c. Cáncer de mama
 - d. Cáncer de la matriz
 - e. Enfermedades del corazón (infarto y/o angina de pecho)
 - f. Obesidad
 - g. Otro: _____ (consignar)
- 10. ¿Cuál de las siguientes enfermedades considera usted que es la causa más frecuente de muerte en las mujeres?
 - a. Cáncer de la matriz
 - b. Enfermedades del corazón (infarto y angina de pecho)
 - c. Cáncer de mama
 - d. Accidentes de tránsito

- e. Diabetes
 - f. Violencia doméstica
 - g. Otra: _____(consignar)
11. Ha hecho alguna de las siguientes cosas para mejorar su salud en el último año?
- a. Ir a ver al doctor
 - b. Checarse la presión sanguínea
 - c. Hacer alguna actividad física
 - d. Dejar de fumar
 - e. Cuidarse al comer
 - f. Bajar de peso
 - g. Ninguna

III. INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD CORONARIA

12. ¿Podría mencionar algún problema del corazón que usted conozca -de cualquier tipo-? _____
13. ¿Podría mencionar a alguien (amistad o familiar) que haya sufrido un ataque (o infarto) al corazón en fechas recientes? (anotar primer nombre) _____
14. Sobre las enfermedades coronarias (infarto o angina de pecho) en las mujeres, usted pensaba que:
- a. Sólo los hombres tenían riesgo de padecerlas
 - b. Eso le pasaba sólo a las mujeres parecidas a los hombres
 - c. Si sabía que las mujeres también podían enfermarse
 - d. No sabía que las mujeres también podían enfermarse

IV. PERCEPCIÓN DE RIESGO EN ENFERMEDAD CORONARIA

15. ¿Ha recibido información sobre cómo evitar o reducir el riesgo de que las mujeres tengan enfermedades coronarias (infarto o angina de pecho)?
- a. Si (Continuar con pregunta 16)
 - b. No (Pasar a pregunta 20)
16. Si contestó afirmativamente. ¿Por cuál medio recibió información?
- a. En la consulta médica
 - b. En pláticas de algún centro de salud, hospital o campaña del sector salud
 - c. En la televisión, radio o algún otro medio de comunicación
 - d. Folletos o carteles en el centro de salud u hospital a donde acude
 - e. A través de alguien que se enfermó en la familia o amistades
 - f. Otro _____(consignar)
17. De la información que recibió, ¿siguió alguna o algunas de las indicaciones?
- a. Si (Pasar a pregunta 20)

- b. No (Continuar con pregunta 18)
- 18. Si no ha seguido dichos consejos o indicaciones, seleccione una o varias de las siguientes frases:
 - a. No creo que cambiando mi conducta reduciré ese riesgo
 - b. No quiero cambiar mi estilo de vida
 - c. No creo que yo esté corriendo ese riesgo
 - d. Lo dejo en manos de Dios
 - e. Estoy confundida acerca de lo que dicen que tengo que hacer
 - f. Mi médico/a no me explica claramente acerca de esas cosas
- 19. ¿Cuál o cuáles de las siguientes condiciones le hacen difícil o imposible seguir las indicaciones?
 - a. Tengo obligaciones domésticas
 - b. No tengo dinero para hacer cambios
 - c. Me falta cobertura médica
 - d. Me falta tiempo
 - e. Estoy demasiado vieja o enferma como para cambiar
 - f. No puedo salir a caminar por la inseguridad
- 20. ¿Piensa qué ha recibido suficiente y adecuada información sobre su propio riesgo de tener una enfermedad coronaria (infarto al corazón o angina de pecho)?
 - a. Si (Pasar a pregunta 22)
 - b. No (Continuar con la pregunta 21)
- 21. Si Usted piensa que no ha recibido suficiente información sobre su propio riesgo, señale la respuesta correcta:
 - a. No recibí información
 - b. No me di cuenta de que la información iba dirigida hacia mí
 - c. Otra _____ (consignar)
- 22. Piensa que una mujer como Usted ¿tiene algún riesgo de tener una enfermedad del corazón tipo infarto o angina de pecho?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
- 23. ¿En qué nivel de riesgo se considera Usted?
 - a. Alto
 - b. Medio
 - c. Bajo
 - d. No sabe
- 24. En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la frase “no creo que yo esté en riesgo de sufrir enfermedades coronarias (infarto o angina de pecho)?
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Algo de acuerdo
 - c. En desacuerdo
- 25. ¿Cree Usted que haya una etapa en la vida de las mujeres en que aumenta el riesgo de tener una enfermedad coronaria?
 - a. Si (Continuar con pregunta 26)
 - b. No (Pasar a pregunta 27)

- c. No sabe
- 26. Si contestó afirmativamente: ¿En qué etapa le parece que aumenta el riesgo de las mujeres?
 - a. A lo largo de toda la vida
 - b. Desde los 25 años en adelante
 - c. Desde los 35 años en adelante
 - d. Luego del climaterio/menopausia
 - e. Después de los 65 años
- 27. Cree Usted que tenga el derecho de exigir información a su médico (a) sobre el riesgo de las mujeres de padecer enfermedades coronarias?
 - a. Si
 - b. No

V. PRÁCTICAS DE CUIDADOS

- 28. Ha tenido en algún momento dolor de pecho fuerte que le haya llamado la atención?
 - a. Si (Continuar con pregunta 28)
 - b. No (Pasar a pregunta 31)
- 29. Si contestó afirmativamente: ¿En ese momento, qué creyó que le sucedía?
 - a. Que me estaba infartando
 - b. Que eran ansiedad o nervios
 - c. No le di importancia
- 30. ¿Fue a ver a algún médico?
 - a. Si (Continuar con pregunta 31)
 - b. No (Pasar a pregunta 32)
- 31. Si contestó afirmativamente. ¿Cuánto tiempo después de sentir el dolor acudió a consulta?
 - a. En forma inmediata
 - b. Entre 6 y 8 horas después
 - c. Entre 8 y 24 horas después
 - d. Más de 24 horas después
 - e. A las semanas
 - f. A los meses
 - g. No acudió
- 32. De los síntomas que le voy a mencionar, ¿cuál o cuáles considera que se asocian con un ataque (o infarto) al corazón?
 - a. Falta de aire
 - b. Dolor de pecho
 - c. Palpitaciones fuertes
 - d. Desmayos/mareos/ausencias
 - e. Dolor de estómago, acidez
 - f. Otros _____(consignar)

VI. ESTRESORES DE GÉNERO EN LA VIDA DE LAS MUJERES

33. En la vida cotidiana de las mujeres, considera que el nivel de estrés es:
- Alto
 - Medio
 - Bajo
 - No sabe
34. De las siguientes opciones. ¿Cuáles considera que pueden ser causas de estrés en las mujeres? (puede seleccionar más de una, pero asignándoles escalas del 1 al 6, donde 1 es lo que le causa más estrés y 6 lo que le cause menos estrés)
- Problemas con la pareja
 - Problemas con los hijos
 - Problemas con los padres
 - Problemas económicos/laborales
 - Falta de tiempo libre
 - Necesidad de cumplir con todo
 - Otros _____ (consignar)
35. Considera Usted que el estrés puede relacionarse con el infarto cardíaco en las mujeres?
- Si
 - No
 - No sabe
36. ¿Quién realiza las tareas domésticas en su casa? (Puede elegir más de una opción)
- Yo sola
 - Mi pareja/marido y yo
 - Todos participan
 - Empleada doméstica
37. Cuáles son sus áreas de satisfacción en la vida? (puede seleccionar más de una, pero asignándoles escalas del 1 al 6, donde el 1 es lo que le causa más satisfacción y 6 lo que le causa menos satisfacción)
- Trabajo
 - Remuneración económica
 - Sexualidad
 - Pareja
 - Familia
 - Deporte
 - Otra. _____ (consignar)

VII. PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

38. ¿Cree Usted que se pueden prevenir las enfermedades coronarias (infarto y angina de pecho) en las mujeres?
- Si
 - No
39. ¿A partir de qué momento o edad cree Usted que es importante prevenir estas enfermedades?

- a. Desde la infancia
 - b. A partir de la adolescencia
 - c. En la etapa de adulta joven
 - d. Al comenzar la menopausia
 - e. Después de los 65 años
40. ¿Cuál considera Usted que sería el medio ideal para recibir información acerca de la prevención de éstas enfermedades?
- a. Servicios de salud
 - b. Escuelas
 - c. Televisión y/o radio
 - d. Internet
 - e. Otra _____(Consignar)
41. Si a Usted le diagnosticaron una enfermedad del corazón y está de acuerdo en continuar participando en esta investigación, proporcione el número de teléfono y su primer nombre para poder localizarla _____

Gracias.

Anexo 3

Guía de las entrevistas en profundidad

Datos Generales:

- ✓ Nombre (utilizando pseudónimos para los testimonios)
 - ✓ Edad
 - ✓ Lugar de residencia (Colonia)
 - ✓ Escolaridad
 - ✓ Situación laboral
 - ✓ Adscripción a servicio de salud
 - ✓ Servicio (s) médico (s) que utiliza
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Tipo de familia
 - ✓ Habitantes en el hogar
- #### Vulnerabilidad desde la situación laboral
- ✓ ¿Qué responsabilidades tiene en su trabajo?
 - ✓ ¿Puede tomar decisiones con respecto a su trabajo o el de sus compañeros/as?

- ✓ ¿Puede tomar decisiones para cambiar lo que considere no está correcto en su trabajo?
- ✓ ¿Considera usted que algunas situaciones o problemas de su trabajo pudieran haber repercutido en su salud? ¿Cómo? ¿Por qué?
- ✓ ¿A qué prestaciones tiene derecho por su trabajo?
- ✓ Por ejemplo, ¿Tiene derecho a algún servicio de salud? ¿A cuál?
- ✓ ¿Tiene o tenía tiempo para salir a comer?
- ✓ Si come en el trabajo ¿Qué tipo de alimentos suele consumir?
- ✓ ¿Considera que ha vivido conflictos o problemas en el trabajo que pudieron haber afectado su salud?
- ✓ Se ha sentido presionado por responsabilidades en su trabajo?
- ✓ Cómo combina sus roles de trabajadora y sus responsabilidades domésticas?
- ✓ Qué hace cuando se siente presionada?
- ✓ ¿Ha dejado algún puesto o trabajo por presiones y salud?
- ✓ ¿Qué la estresa o estresaba en el trabajo?
- ✓ ¿Considera que ha vivido situaciones de violencia o conflicto en su trabajo que pudieron haber afectado su salud?
- ✓ ¿Qué la satisface o la hace (hacía) feliz de su trabajo?

Vulnerabilidad en el ámbito familiar y/o comunitario

- ✓ ¿Con quién vive?
- ✓ ¿Quién hace las labores domésticas en su hogar?
- ✓ ¿Se distribuye el trabajo en el hogar?
- ✓ ¿Qué la estresa en el hogar?
- ✓ ¿Considera que tiene tiempo libre?
- ✓ ¿Qué hace en ese tiempo?
- ✓ ¿Considera que tiene tiempo para usted?
- ✓ ¿Recibe algún tipo de apoyo de su familia para que pueda disponer de tiempo para usted?
- ✓ ¿Cree que le haya perjudicado en su salud el trabajo que hace en su casa? ¿Cómo?
- ✓ ¿Considera que su salud se pudo haber afectado por problemas en su casa? ¿Cómo cuáles?
- ✓ ¿Cuándo empezó con la enfermedad del corazón, se hicieron cambios se hicieron en su casa? ¿Por qué?
- ✓ ¿Cómo la ayudan?
- ✓ ¿Tiene o ha tenido algún (a) familiar enfermo del corazón en su casa?
- ✓ Si es así. ¿Se imaginó que las indicaciones médicas también podían aplicarse a usted?
- ✓ ¿Cree que se haya retrasado la atención de su problema de salud por atender las necesidades de su casa o de su familia?
- ✓ ¿Ha recibido algún tipo de apoyo emocional durante su enfermedad? ¿Quién o quiénes la han apoyado?
- ✓ ¿Cree que los conflictos familiares puedan ocasionar problemas cardíacos a las mujeres? ¿Por qué?

- ✓ ¿Hace alguna actividad física o algún tipo de ejercicio?
- ✓ ¿Qué se lo impide?
- ✓ ¿Hay parques o algún lugar dónde pueda ir a hacer actividad física?
- ✓ ¿Esos espacios son seguros?
- ✓ ¿Considera que en su casa comen de forma saludable?
- ✓ ¿Qué alimentos suelen comprar y/o consumir?
- ✓ ¿Qué alimentos encuentran dónde suelen acudir a hacer sus compras?
- ✓ ¿Tiene dificultades para seguir las indicaciones médicas relacionadas con la comida? ¿Cómo cuáles?
- ✓ ¿Qué le da más satisfacciones en su casa?

**Modo femenino de construcción de riesgo en salud:
Autopercepción y percepción de riesgo**

- ✓ ¿Cuál considera usted cómo el principal problema de salud de las mujeres?
 - ✓ ¿Cuál considera usted como la causa principal de muerte en las mujeres?
 - ✓ ¿Ha recibido información acerca de los problemas del corazón?
 - ✓ ¿Qué le han dicho?
 - ✓ ¿Hay diferencias entre lo que sabe ahora y la información que tenía antes de enfermarse? ¿Cuáles son las diferencias?
 - ✓ ¿Ha recibido información acerca de las enfermedades del corazón?
 - ✓ ¿Sobre qué enfermedades ha recibido información?
 - ✓ ¿Le han hablado acerca de enfermedades del corazón tipo angina de pecho o infarto al corazón?
 - ✓ ¿Ha recibido información sobre cómo evitar o reducir el riesgo de padecer estas enfermedades?
 - ✓ ¿Pensó que esa información era para usted o para la salud de algún miembro de su familia?
 - ✓ ¿Siguió las indicaciones?
 - ✓ ¿Cuáles si fue posible seguir?
 - ✓ ¿Qué motivos le impidieron seguirlas?
 - ✓ ¿Qué condiciones le hicieron imposible seguirlas?
 - ✓ ¿Hay en su familia antecedentes de enfermedades del corazón?
 - ✓ ¿Le ha tocado cuidar a alguien que sufriera una enfermedad del corazón?
 - ✓ ¿Cuándo lo/a cuidó, se imaginó que las indicaciones médicas también eran para usted?
 - ✓ ¿Cómo se siente de su salud?
 - ✓ Antes de enfermarse, ¿sabía que las mujeres también podían enfermarse de angina de pecho o infarto al corazón?
 - ✓ Antes de enfermarse ¿sabía que usted estaba en riesgo de tener esta enfermedad?
 - ✓ Antes de enfermarse, ¿había tomado alguna medida para disminuir el riesgo de enfermarse del corazón o la tomó por sorpresa?
- Trayectoria o carrera de enferma con énfasis en la comunicación con personal médico y en las particularidades de la EC en mujeres**
- ✓ ¿Cómo empezó su problema cardíaco?

- ✓ ¿A qué atribuye esta enfermedad?
- ✓ ¿Qué hizo cuándo se sintió enferma por primera vez?
- ✓ ¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?
- ✓ ¿Qué pensó que le estaba sucediendo?
- ✓ ¿Se imaginó que tenía un problema del corazón?
- ✓ ¿Utilizó algún remedio en su casa para sentirse mejor? ¿Cuál o cuáles?
- ✓ ¿Recibió consejos de su familia o amistades para resolver lo que sentía? ¿Qué le aconsejaron?
- ✓ ¿Qué hizo su familia cuándo les dijo, por primera vez, que se sentía enferma?
- ✓ ¿Relacionó esos síntomas con la enfermedad que ahora sabe que tiene?
¿Por qué?
- ✓ ¿Cuánto tiempo pasó entre el inicio de los síntomas y la 1er consulta médica? ¿Por qué? ¿A qué considera que se debió ese tiempo?
- ✓ ¿A qué servicio de salud recurrió?
- ✓ ¿Qué pasó cuándo acudió al servicio de salud?
- ✓ ¿Qué le dijeron que tenía?
- ✓ ¿Cuánto tiempo pasó entre el inicio de los síntomas y los estudios médicos?
- ✓ ¿Cuánto tiempo pasó entre que acudió al servicio de salud, los estudios y el inicio del tratamiento?
- ✓ ¿Qué le han explicado sobre su enfermedad?
- ✓ ¿Les entiende todo lo que le dicen?
- ✓ ¿Les pregunta si le quedan dudas?
- ✓ ¿La dejan decidir sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos?
- ✓ ¿La acompaña alguien de su familia cuándo va a consulta o va sola?
- ✓ ¿Está en algún servicio de rehabilitación o en algún grupo de ayuda?

Discursos sobre género, derechos y EC

- ✓ ¿A dónde recurre para atenderse por problemas de salud?
- ✓ ¿Cómo es el trato o la atención que le proporcionan?
- ✓ ¿Alguna vez ha exigido que mejoren su atención en el servicio de salud a donde acude?
- ✓ ¿Ha tenido que cambiar de servicio de salud? ¿Por qué?
- ✓ Considera usted que la salud sea un derecho?
- ✓ ¿Cree que pueda exigir que le cubran sus necesidades en salud?
- ✓ ¿Cómo lo exigiría?
- ✓ ¿A quién cree usted que le corresponde garantizar que se le cubran esas necesidades?
- ✓ ¿Siente que tiene derecho a exigir que le informen sobre su salud?
- ✓ ¿A quién o quienes cree usted que les corresponda garantizar que le informen sobre su salud y enfermedades?
- ✓ ¿Se ha quejado alguna vez ante alguna falla en los servicios de salud?
- ✓ ¿Cómo? ¿Por qué?
- ✓ ¿Se le hace difícil exigir que la dejen tomar decisiones con respecto a su enfermedad? ¿Por qué?

- ✓ ¿Sabía usted antes de su enfermedad, que las mujeres también podían enfermarse de este tipo de problema cardíaco?
- ✓ ¿Considera usted que las mujeres tiene derecho a ser informadas sobre las enfermedades del corazón?
- ✓ ¿Le informaron en que consistía la enfermedad?
- ✓ ¿Ha tomado decisiones con respeto a su enfermedad cardíaca?
- ✓ ¿Se le hace difícil llevar a cabo todas las indicaciones médicas? ¿Por qué?
- ✓ ¿Le informaron sobre posibles repercusiones de la enfermedad en su vida diaria?
- ✓ ¿Le informaron sobre posibles complicaciones de la enfermedad?
- ✓ ¿Le permitieron tomar decisiones sobre el tratamiento y/o rehabilitación de su enfermedad cardíaca? ¿Por qué?
- ✓ ¿Cree que pueda exigir información a su médico/a sobre su enfermedad? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué obstáculos o limitaciones enfrenta para llevar a cabo las indicaciones médicas?
- ✓ ¿Considera que haga falta información a las mujeres sobre este tipo de enfermedades?
- ✓ ¿Usted cree que hay diferencias entre hombres y mujeres con enfermedades del corazón? ¿Por qué?
- ✓ ¿Ha visto o percibido diferencias en la atención por este problema, entre hombres y mujeres? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué le recomendaría a otras mujeres acerca de las enfermedades del corazón?

Anexo 4

Guía de entrevista semiestructurada a médicas y médicos

Nombre:

Edad:

Sexo:

Tiempo de ejercicio de la medicina:

Lugar (es) de trabajo:

Medicina General y Cardiología.

I. Información sobre EC de mujeres

1. ¿Cree que las mujeres están suficientemente informadas acerca del riesgo de padecer EC?
2. De acuerdo a su experiencia, ¿hay alguna etapa o edad en la vida de la mujer en que empiece a preocuparse y acuda a consulta para obtener información acerca de su propio riesgo coronario?
3. De acuerdo a su experiencia, ¿hay condiciones sociales, culturales o de género que lleven a diferencias en el riesgo de padecer EC?
4. ¿Consultan por igual mujeres y hombres para conocer acerca de la EC?

II. Prevención

5. ¿Cree que haya algún tipo de actividades laborales o de otro tipo, que haga más susceptible a las mujeres de padecer EC?
6. ¿Qué estrategias de prevención se están llevando a cabo en su área de trabajo acerca de la EC en mujeres?
7. ¿A quiénes dentro del sector salud, correspondería informar a las mujeres acerca de la EC?
8. ¿Cree que hagan faltas campañas para concientizar a las mujeres acerca de la EC?
9. ¿Cree que haga falta abordar las particularidades de la EC de mujeres en los congresos o en las reuniones de las sociedades médicas?
10. ¿Cree que serían de utilidad campañas para la prevención de la EC, dirigidas a la sociedad que abordaran aspectos como la distribución más equitativa de las labores en el hogar? ¿Por qué?

III. Modos diferenciales de enfermar

11. ¿Cree que haya diferencias en la manera en que hombres y mujeres padecen y expresan la EC?
12. ¿Cree que haya relación entre los roles y las responsabilidades que las mujeres

- desempeñan socialmente y la EC?
13. ¿Cree que haya relación entre el estrés y la EC?
 14. ¿Cree que haya diferencias entre mujeres y varones en relación a la búsqueda de atención médica ante la EC?
 15. De acuerdo a su experiencia ¿tienen la misma posibilidad hombres y mujeres de que se sospeche y se estudie la EC, a su llegada a los servicios de salud?
 16. ¿Cree que se pueda confundir la EC con una crisis de ansiedad?

Sólo para especialistas en Cardiología

17. ¿Cree Ud. que las condiciones de vida y los factores psicosociales que llevan a estrés, tengan el mismo peso que los factores de riesgo cardiovascular biológicos, en la EC de mujeres?
18. ¿Cree que sean necesarios protocolos diferenciales entre hombres y mujeres con EC?
19. ¿Qué tipo de decisiones en relación a la EC son competencia de las mujeres?
20. ¿A quién suele dirigirse para tratar de dejar más en claro las indicaciones médicas, a la paciente o es mejor a su acompañante?
21. ¿Suele tener en cuenta esta temática cuándo consulta mujeres con EC?
22. ¿Cree qué sería de utilidad el abordaje multidisciplinario del estudio de la EC? ¿Por qué?
23. Qué recomendaciones le gustaría dar a las mujeres acerca de la EC?