



EL COLEGIO
DE SONORA



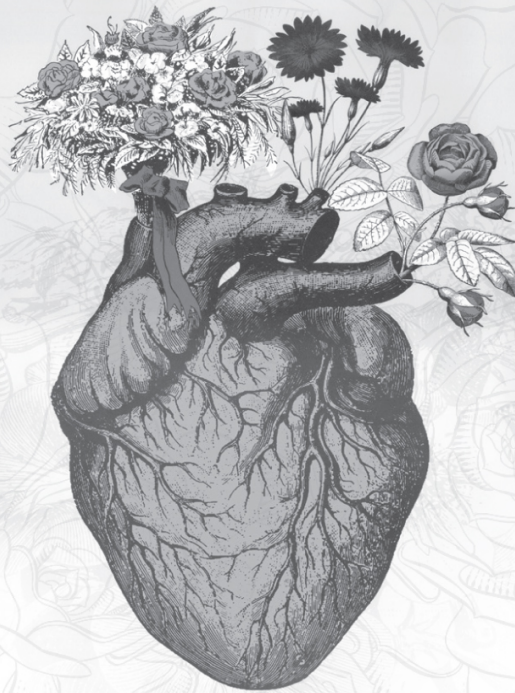
Directo al corazón

Mujeres y enfermedad coronaria,
un estudio con perspectiva de género

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo



EL COLEGIO
DE SONORA



Directo al corazón

Mujeres y enfermedad coronaria,
un estudio con perspectiva de género

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo

Catalogación en la fuente (CIP) DDB / COLSON

Juárez Herrera y Cairo, Lucero Aída

Directo al corazón : mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género / Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo. - Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2017.

320 páginas : tablas, gráficas ; 23 cm.

Incluye bibliografía y anexos.

ISBN: 978-607-8480-84-5

1. Enfermedad coronaria - Mujeres - Sonora - Hermosillo 2. Enfermedades cardiacas - Atención médica - Mujeres - Sonora - Hermosillo 3. Enfermedades cardiacas - Prevención - Mujeres - Sonora - Hermosillo 4. Salud pública - Aspectos sociales - Sonora - Hermosillo 5. Enfermedad coronaria - Estudios de caso - Sonora - Hermosillo

LCC: RC685.C6 .J835

ISBN: 978-607-8576-07-4 (PDF)



El Colegio de Sonora

Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Rectora

Doctora Esther Padilla Calderón

Directora de Publicaciones no Periódicas

Licenciada Inés Martínez de Castro N.

Jefa del Departamento de Difusión Cultural

ISBN: 978-607-8480-84-5

Primera edición, D.R. © 2017

El Colegio de Sonora

Obregón 54, Centro

Hermosillo, Sonora, México

C. P. 83000

<http://www.colson.edu.mx>

publicaciones@colson.edu.mx

Este libro tiene como referente la tesis doctoral “Las mujeres y la enfermedad coronaria desde la mirada de género: un estudio en Sonora”, 2015, El Colegio de Sonora, que fue dirigida por la doctora María del Carmen Castro Vásquez.

La imagen que se utilizó para ilustrar la portada es un collage llamado: “De florero mi corazón”, de Federico López Escalante.

Hecho en México / *Made in Mexico*

*Dedicado a:
Guillermo, Iza Paola, Michelle, Stephanie
y Jorge Guillermo, mi amada familia.
Promesa cumplida, Mamanina.*

En recuerdo a mi madre.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
PRÓLOGO.....	8
INTRODUCCIÓN	12
PRECISIONES SOBRE LA ENFERMEDAD CORONARIA.....	14
I. LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES EN LA ENFERMEDAD CORONARIA	16
MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN CONCEPTUAL.....	16
LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA EC EN LAS MUJERES EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA.....	17
LA MIRADA SOCIOLÓGICA EN EL ESTUDIO DE LA EC EN LAS MUJERES	21
<i>La mirada de género y derechos en el estudio de la EC en las mujeres</i>	29
EL CORAZÓN Y SUS SIGNIFICADOS.....	36
PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ESTILOS DE VIDA	38
II. LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LAS MUJERES EN MÉXICO Y EN SONORA.....	41
LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN SERIO PROBLEMA DE SALUD	42
MORBILIDAD DIFERENCIAL DE LA EC ENTRE HOMBRES Y MUJERES.....	45
EL CONTEXTO LOCAL. LAS MUJERES EN HERMOSILLO, SONORA.....	48
III. METODOLOGÍA.....	51
INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA DE LA EC EN LAS MUJERES.....	52
<i>Criterios de inclusión</i>	52
<i>Criterios de exclusión</i>	52

<i>La muestra</i>	52
<i>La encuesta</i>	52
<i>“Vulnerables”</i>	53
<i>“No vulnerables”</i>	53
<i>Datos sociodemográficos de las mujeres encuestadas</i>	54
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. LAS MUJERES CON EC ENTREVISTADAS EN PROFUNDIDAD.....	54
<i>Criterios de inclusión</i>	55
<i>Criterios de exclusión</i>	55
<i>Estrategias metodológicas</i>	55
<i>Características principales de las mujeres entrevistadas</i>	56
LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MÉDICOS Y MÉDICAS.....	59
<i>Criterios de inclusión</i>	59
<i>Criterios de exclusión</i>	59
<i>Características generales de médicos y médicas que participaron en las entrevistas semiestructuradas</i>	60
LA HISTORIA DETRÁS DE LOS ENCUENTROS: APUNTES DE CAMPO.....	61
IV. LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES Y DE LA EC EN LAS MUJERES.....	63
PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	63
SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDÍACAS.....	66
LAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS.....	70
RECEPCIÓN Y MANEJO DE INFORMACIÓN SOBRE LA EC.....	75
V. ESCUCHANDO LA VOZ DE LAS MUJERES.....	77
¡SON MUY NECIAS!: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE CUIDADOS.....	77
<i>Cambios en los estilos de vida: ¡No puede ser tan drástico!</i>	83
LA GENTE LATOSA Y LOS DERECHOS EN SALUD.....	87
LA COMPRESIÓN DE LA EC. ENFERMAR POR SUFRIMIENTO MORAL.....	94
<i>Forzar el corazón: roles de género</i>	96
<i>Comprender la enfermedad coronaria desde la violencia de género</i>	98

VI. NOS DICEN HISTÉRICAS. LAS MUJERES Y LA EC DESDE LA MIRADA MÉDICA.....	103
INFORMACIÓN SOBRE LA EC. LA CULTURA DE LAS PACIENTES	103
DIFERENCIAS QUE INVISIBILIZAN LAS DESIGUALDADES	107
<i>Histéricas emocionales. El valor de la mujer.....</i>	110
PRÁCTICAS DE ATENCIÓN	113
¿DERECHOS? ¿RESPONSABILIDADES! “TENER UN CUERPO Y MANEJARLO SALUDABLEMENTE”	117
VII. LAS DIFERENTES MIRADAS SOBRE LA EC EN LAS MUJERES	123
PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DE LAS MUJERES	124
EL CRISTAL DESDE EL QUE SE MIRA: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE LAS MUJERES	128
¿NO TE LO DICEN! DERECHOS EN SALUD.....	131
CONCLUSIONES.....	134
ALGUNAS RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA.....	143
ANEXOS.....	159
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	160
ANEXO 2. ENCUESTA	162
ANEXO 3. GUÍA DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.....	170
ANEXO 4. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MÉDICOS Y MÉDICAS	175

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que participaron en la encuesta y en las entrevistas. Mi compromiso es darles voz, para que a ellas se les escuche cuando hablan del corazón, sus enfermedades y sus derechos en la salud. Al personal médico por su tiempo y apertura para participar en esta pesquisa que busca, principalmente, dar aportes para la resolución de las desigualdades de género en el ámbito de la salud.

A Débora Tajer y al equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires por integrarme y compartir su amplio conocimiento sobre este tema. A Cristina Herrera, por sus atinados comentarios y acertadas correcciones que contribuyeron a mejorar el proceso de investigación. A María Teresa Ruiz Cantero por sus amplios conocimientos y experticia, que junto con las aportaciones del Equipo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante, coadyuvaron a enriquecer este libro. A Michelle Celis Juárez por su dedicación y trabajo estadístico.

Agradezco especialmente a María del Carmen Castro Vásquez por su gran capacidad de abstracción y constante asesoría que enriquecieron cada fase del proceso de investigación.

A El Colegio de Sonora y a su personal por su compromiso social y calidez personal.

A CONACYT por la beca doctoral.

PRÓLOGO

Nos damos el gusto de escribir este prólogo a cuatro manos, como si fuera una obra musical. Ambas prologuistas y la autora nos compenetramos, puesto que estamos comprometidas a hacer ciencia que evidencie las inequidades vigentes entre varones y mujeres en el ámbito de la salud.

Entre las tres, trazando una línea imaginaria, formamos parte de un poderoso y fecundo triángulo en dicha tarea: la producción científica en español, cuyos vértices geográficos son México, España y Argentina.

Nos une el interés y el compromiso para entregar evidencias que tienen el objetivo de cambiar las cosas.

Desde uno de los vértices del triángulo, Débora Tajer en Argentina señaló que uno de los primeros aspectos que se debe jerarquizar sobre el trabajo de Lucero, que ahora es este libro que prologamos, es que identifica la discordancia entre la relevancia epidemiológica de la enfermedad coronaria en las mujeres y la poca visibilización que dicho fenómeno presenta en los equipos de profesionales de la salud y en la población general.

Ambas caras de esa problemática en el ámbito de la salud las habíamos trabajado en profundidad con mi equipo en Argentina y, de acuerdo con los datos presentados por Lucero, queda demostrado que dicho patrón es aplicable a la región de Sonora y a México en general, y también que, a pesar de la relevancia que ambas caras del fenómeno presentan para toda la región, las investigaciones vinculadas a visibilizar las especificidades y las características de género de esta enfermedad, en América Latina y el Caribe, son aún escasas.

También es importante destacar que Lucero Juárez ha podido incorporar, con base en el reconocimiento de un problema epidemiológico de importancia en la actualidad, un método de abordaje adecuado al objeto de estudio. Esto es: un problema de salud no transmisible cuya construcción se da a lo largo del tiempo (crónico) y que afecta fundamentalmente a un género (el masculino), pero que también incide en el otro género (el femenino) y está en aumento. La problemática presenta aspectos biológicos y psicosociales que deben considerarse en la construcción de la vulnerabilidad, la cual presenta a su vez especificidades por clase social. En este sentido, enfatizo el valor del entrenamiento que Lucero Juárez ha realizado con nuestro equipo, que le ha permitido traducir para la realidad de Sonora lo que identificamos para la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.

Por otra parte, los factores asociados a la poca visibilización y, al mismo tiempo a la alta incidencia, son diversos. Lucero menciona algunos de ellos, tales como la persistencia de imaginarios profesionales, y los de las mismas mujeres, que siguen identificando a la enfermedad como “enfermedad del género masculino”, acorde con las investigaciones desarrolladas en la primera mitad del siglo XX. Tal valoración incide en un reconocimiento tardío del cambio en el patrón epidemiológico, consistente con el aumento de la enfermedad en las mujeres. También hay que agregar que la enfermedad sigue ligada a lo que se ha denominado “sobremortalidad masculina temprana” pues, aunque hay un incremento en la incidencia de la enfermedad en las mujeres, sigue siendo más frecuente en los varones. Lo cual, tal como lo hemos evidenciado, representa un problema de género masculino en el ámbito de la salud. Otro asunto, de no menor importancia, es que, de acuerdo con los reportes biomédicos, la enfermedad en las mujeres se presenta aproximadamente unos diez

años después que en los varones y que esta aparición más tardía es uno de los factores con los cuales se suele explicar la más alta letalidad en las mujeres. Pues es sabido, pero no por ello trabajado aún en la complejidad que lo amerita, que las mujeres tienen mayor esperanza de vida al nacer, pero también que esa sobrevivencia se da con mayor carga del peso de la enfermedad y más años de discapacidad y, para el caso de la enfermedad coronaria, con mayor letalidad. Lucero Juárez ha tomado ese desafío en su trabajo, reflexionando sobre estos aspectos, abordándolos desde la perspectiva de calidad de vida junto a los derechos de las mujeres a la salud y a la información.

En ese sentido, se ha tomado el trabajo de articular la determinación de género con otros estratificadores y desigualadores sociales que determinan el riesgo, tales como clase social, condición laboral y apoyo social y familiar. En una investigación en simultáneo, en la cual Lucero participó en Argentina, encontramos que en las mujeres de estratos socioeconómicos bajos o medios bajos, suele haber más desgaste de sus cuerpos, y la edad de aparición de la enfermedad puede ser más temprana, equiparándose, en ocasiones, con la de los varones en la población general. Además, en estas mujeres hemos encontrado mayor subregistro de la identificación de los síntomas coronarios, por parte de los y las profesionales de la salud pues, aunque ya estén alertados en mayor o menor grado del incremento de la enfermedad en las mujeres, en su imaginario profesional relacionan la enfermedad con los modos de aparición y consulta de las mujeres de clase media o alta. Lo que se constituye en un sesgo de clase articulado con el de género.

Por lo tanto es importante identificar, lo cual hace impecablemente Lucero, que el colectivo de mujeres es heterogéneo, puesto que la forma de presentación de la enfermedad entre mujeres de diferentes sectores también es diferente: se conforman vulnerabilidades y fragilidades coronarias diferenciales, tanto entre varones y mujeres como entre las mismas mujeres, según el sector social al que pertenezcan.

Por todo lo referido, valoro muy especialmente que el trabajo de Lucero, al articular enfermedad coronaria, género y derechos, contribuye a la visibilización de los modos diferenciales de construir riesgos y vulnerabilidades coronarias que se relacionan con los roles sociales y mandatos de género de hombres y mujeres, en el marco de las formas actuales del patriarcado. También toma como base lo que en investigaciones anteriores de mi equipo hemos identificado en relación con los diferentes modos de vivir, de enfermar, de consultar, de atención y de morir entre hombres y mujeres por enfermedad cardiovascular.

Puesto que para las mujeres hay que ligar la perspectiva de género, los derechos y las condiciones de vida con los roles sociales, hay que visibilizar cómo son las cargas y las responsabilidades familiares y de salud dentro del hogar y sumarlas a los cambios derivados de la entrada masiva de las mujeres al mundo asalariado. En este escenario se incrementa la carga para las mujeres al no legitimarse la redistribución de las tareas domésticas, y al establecerse así “luchas de poder”, a veces de baja intensidad, entre los diversos integrantes de la familia. Por esta razón las mujeres están expuestas a sobrecargas muy intensas y, de ese colectivo, las que mayor vulnerabilidad alcanzan son las que creen que deben cumplir con todo (al cien por ciento). Y que estos modos de exigencia externa, sumados a la autoexigencia, presentan modalidades específicas según la pertenencia de clase social.

La importancia creciente del estrés como una situación que “gatilla” la enfermedad coronaria es un tema que está abordado con suma acuciosidad. Permite identificar cuándo los y las profesionales usan el estrés para clasificar a las mujeres de emocionales y consecuentemente sujetas a medicalización, y cuándo es una denominación que engloba factores psicosociales de riesgo, como son, precisamente, las condiciones de vida y laborales, los que Lucero refiere en su especificidad.

Otro aspecto que detalla Lucero es que los y las profesionales de la salud suelen escuchar menos a las mujeres. Nuestras investigaciones previas también lo reseñan, y en el material de Lucero se establece que los y las médicos se “llevan mal” con el hecho de que las mujeres suelen ser más profusas al hablar y

describen sus malestares en forma más difusa e inespecífica, lo cual les complica establecer el cuadro por el cual las mujeres consultan. En este libro se han trabajado esos aspectos, reconociendo que estas expresiones se relacionan con una menor apropiación del cuerpo que las mujeres poseen, y lo cual se articula con la pendiente construcción de mayores grados de ciudadanía para ellas y, concomitantemente, con las dificultades de los y las profesionales de la salud para relacionar los malestares relatados por las mujeres con presencia de enfermedad coronaria.

Por todo esto es muy grato prologar este libro con el que encuentro tanta resonancia en el trabajo desde este vértice sur.

María Teresa Ruiz Cantero desde España, el vértice más oriental del triángulo, comienzo diciendo que en la región de Sonora, al norte de México, las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte en la actualidad. Una muerte tras otra en el mismo tiempo y en el mismo contexto implica que las muertes por esta causa no deben valorarse como experiencia individual y hechos aislados, sino como un problema de salud pública. Son vidas truncadas por muertes evitables en muchos casos, sobre todo los de las mujeres. Sucede porque las enfermedades cardíacas, pese a ser la principal causa de muerte en ambos sexos, se asocian con mayor frecuencia a los hombres y adolecen de sospecha diagnóstica en las mujeres. *Directo al corazón: mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género* hace visibles los retos que la atención sanitaria tiene con estas enfermedades, y puede ser modelo para aprender sobre los procesos y los efectos vividos, derivados de la interrelación de quienes padecen con los y las profesionales a quienes recurren en su ayuda. Habla de sus creencias, percepciones y valores, de sus hábitos como riesgos, de los derechos de ciudadanía, así como de la justicia de género.

Cuando conocí a la doctora Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo, y me regaló su tiempo una tarde de fin de semana en la Ciudad de México, durante el cual me relató los rasgos principales de su tesis doctoral, reconocí a una compañera de mirada. Lo que nuestra similar mirada pretendía objetivar eran los sesgos de género en la atención sanitaria. Ambas estábamos conscientes del ejercicio de contrapoder que veníamos realizando, y compartimos reflexiones sobre de qué dependía que nuestro trabajo fuera eficaz. Hablamos de los métodos eclécticos y heterodoxos utilizados para la ciencia médica, y sobre todo de la posición elegida voluntariamente para observar y mostrar la evidencia de que ante un mismo problema de salud y necesidad sanitaria, el diferente esfuerzo diagnóstico y terapéutico hacia las mujeres está impregnado de prácticas profesionales susceptibles de mejora.

Para evitar la invisibilidad de las mujeres en la enfermedad coronaria se requirió la escucha de sus voces. Son preciosos los capítulos dedicados a ellas. A las voces de las mujeres y a la de los y las profesionales, sabe escuchar la autora. Se nota por la cantidad de información delicada que las mujeres entrevistadas le han confiado. Me queda el eco de sus voces y también queda la voz de la autora en el análisis de los derechos a la salud de las mujeres.

Existe abundante conocimiento científico de investigaciones sobre enfermedades cardíacas que utiliza el enfoque de riesgo, donde éstas son consecuencia de prácticas realizadas por los y las pacientes a título individual, por lo que dan pie a intervenciones centradas en el cambio de comportamiento, como si todo dependiera del control individual. Este enfoque suele culpar a las mujeres y a los hombres de su enfermedad, centrándose en intervenciones sobre cómo cambiar su comportamiento a título individual, como si algo fuera mal con ellas y ellos. No considerar la complejidad de los factores que influyen en la pérdida y en la recuperación de la salud cardíaca, como las relaciones de poder y las estructuras que reducen o facilitan la capacidad de quien padece la enfermedad de tomar decisiones que afectan a la salud, puede conducir a intervenciones que asumen erróneamente que el manejo de las enfermedades cardíacas tiene lugar entre personas que disfrutaban de igual posición, poder y privilegios.

Es interesante observar cómo en esta investigación se produce una información más fructífera al compatibilizar el enfoque y los principios de los derechos humanos aplicados a la salud cardíaca de las mujeres con el enfoque de género, pues aporta una visión más integral y constructiva. Bajo el enfoque de derechos, esta investigación indaga en el cumplimiento de los servicios sanitarios respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y pertinencia cuando las mujeres tienen una afección de corazón. Desde la perspectiva de género, se plantea que las mujeres con problemas cardíacos toman decisiones dentro de las relaciones de género, las cuales no se ejercen en el vacío, con un número ilimitado de opciones, sino dentro de estructuras de género que van a influir mucho en las prácticas individuales.

Con ambos enfoques se exploran las enfermedades cardíacas de las mujeres a partir de la interacción y de la tensión entre las prácticas y entre las acciones individuales y las estructuras sociales. Así, las prácticas relacionadas con la salud cardíaca de las mujeres dependen del grado de libertad del que disfrutaban en Sonora a principios del siglo XXI, las cuales no sólo dependen de su propia capacidad para tomar decisiones, sino también de la capacidad y la libertad que les otorga su entorno social. Además, el enfoque de los derechos y de género aplicado a la salud cardíaca descarta que sea sólo la consecuencia de la falta de protección, pues también ayuda a ampliar el foco para incluir el nivel de la prestación de servicios y, mucho más allá, el de disminuir las desigualdades.

Conforme se lee el texto, se tiene la impresión de que es un trabajo que ya tenía en su origen bien claro el nítido objetivo de la defensa de las mujeres vulnerables, y su autora lo hace con respeto y con cariño, sin que por ello se pierda un ápice de objetivación de los hechos, para lo que se apoya en la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu. Por eso es el texto sirve para aprender la utilización de esta teoría en el contexto de un problema específico de salud.

Las mujeres se beneficiarían de un enfoque que incorpore a todos los actores involucrados en la atención a la salud cardíaca, en los niveles institucional, comunitario y familiar por igual. ¿Imposible? No más que el viaje de la Kon Tiki. Si Thor Heyerdahl demostró que cruzar el océano Pacífico en una balsa pudo realizarse, también lo es la hazaña de reducir la brecha entre las mujeres y los y las profesionales de la medicina. A ello contribuye sin duda la autora de este libro, pues su formación en medicina le permite aventurarse a trabajar con forma y fondo interdisciplinar al utilizar también la sociología y la antropología, mostrando con ejemplaridad cómo se enriqueció su mirada desde la experiencia y el rigor de estas áreas del conocimiento.

Doctora Débora Tajer

Doctora María Teresa Ruiz Cantero

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.

PIERRE BOURDIEU (2000, 85)

El estudio de la enfermedad coronaria (en adelante EC)¹ reviste particular importancia epidemiológica y social, ya que en forma creciente está afectando la salud de la población, y es la primera causa de muerte en hombres y mujeres, en México y en Sonora (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI 2013a; Secretaría de Salud, SS 2016). En el caso de las mujeres, se ha reportado que ellas se benefician menos de los avances médico-quirúrgicos en el tratamiento de esta enfermedad y que tienen más posibilidades de fallecer por esta causa que los hombres.

En México, la investigación en torno a los resultados y mortalidad diferenciales se ha centrado en aspectos biológicos, pero se ha soslayado por qué y cómo esas diferencias biológicas se convierten en desigualdades de género, en el caso de la EC en las mujeres.

La investigación² tiene como objeto de estudio identificar por qué las particularidades de género de la EC en las mujeres permanecen invisibilizadas para las mujeres y para el personal médico que las atiende, puesto que las inequidades de género se reproducen en prácticas de atención diferenciadas en el campo médico que se clasifican como un proceso violatorio de los derechos en salud.

La indagación partió 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 las mujeres comprenden el corazón y sus enfermedades, y transgreden 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.

Se hace evidente que hay sesgos de género en la atención sanitaria de la EC, los cuales inician en la investigación, dada la infrarrepresentación de las mujeres en los grupos de estudio. Además, se transpolan a las mujeres los resultados obtenidos en los hombres y se reproducen en los espacios de salud mediante

¹ Específicamente, infarto agudo al miocardio (en adelante IAM) o cardiopatía isquémica y angina de pecho.

² La primera versión compiló una tesis doctoral que fue defendida en El Colegio de Sonora en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales. Agradezco a El Colegio de Sonora y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT México) por la beca doctoral.

prácticas diferenciadas de atención entre hombres y mujeres con EC (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004; Tajer et al. 2014a).

Estos sesgos son más notorios cuando, además del género, se cruzan otros condicionantes de la salud/enfermedad, como la edad, la escolaridad, la etnicidad, la clase social, los problemas para el acceso a los recursos económicos, la falta de acceso a los servicios médicos, y otras situaciones sociales específicas, como la situación laboral, las crisis económicas o políticas y la migración (Esteban 2006; Krieger 2003; Tajer 2009; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

Con base en estos planteamientos y conforme a la revisión bibliográfica de múltiples estudios sobre el problema, nos preguntamos en esta investigación ¿por qué permanecen invisibilizadas ante las mujeres y ante el personal médico que las atiende las particularidades de género de la EC en las mujeres? ¿Por qué y cómo las diferencias biológicas se convierten en desigualdades de género en el caso de la EC en las mujeres?

De este modo, el objetivo general de la pesquisa fue identificar por qué permanecían invisibilizadas las particularidades de género de la EC en las mujeres ante las propias mujeres y ante el personal médico que las atendía, y por qué las diferencias biológicas se convierten en desigualdades de género.

Para ello, mediante métodos complementarios, se cumplió con los objetivos específicos:

- Generar información acerca de lo que las mujeres saben sobre los problemas de salud que les atañen, en particular la EC en las mujeres.
- Analizar la *autopercepción* de riesgo de las mujeres ante este problema de salud, y sus prácticas de cuidados.
- Identificar cómo ellas visualizan y comprenden la EC y cómo viven sus experiencias durante el proceso salud, enfermedad y atención (en adelante, proceso S/E/A).
- Identificar qué decisiones toman (si lo hacen) en el campo médico y analizar el proceso de apropiación de los derechos en salud.
- Identificar qué dice el personal médico acerca de la información que ofrecen y que tienen las mujeres sobre este problema de salud y sobre la atención de las mujeres con EC.
- Analizar si visualizan desigualdades de género en la atención de la EC y sus narrativas acerca de la toma de decisiones y los derechos de las mujeres en el campo médico.

Para responder estas preguntas y cumplir con los objetivos, se trabajó con mujeres de distintas edades, usuarias de servicios de salud y de instituciones educativas, con mujeres afectadas por la EC y con el personal médico que estaba en labores asistenciales.

Aquí se partió de considerar que no sólo las mujeres habían sido invisibles por largo tiempo para la medicina (Valls-Lobet 2009), sino que también la construcción biomédica inicial de la EC se hizo con base en el modelo masculino (Tajer et al. 1998; Rohlf's et al. 2004), lo que sesgó el conocimiento acerca de esta enfermedad en las mujeres (Ruiz Cantero y Verdú Delgado 2004). Entendemos que las enfermedades no son sólo entidades biológicas, sino también construcciones sociales y culturales (McKeown 1979; Krieger 1994; Haro 2011; Roberto Castro 2011) que, ligadas a significados individuales y colectivos, condicionan las formas en que los grupos sociales viven, se enferman y mueren (Menéndez 1994).

Para el análisis se utiliza el marco teórico propuesto en la teoría de las prácticas por Pierre Bourdieu, pues interesan los conceptos integradores de *habitus*, *campo* y *capitales*, porque dan cuenta de diversas dimensiones del problema de estudio. También se utilizan los aportes de Michel Foucault en cuanto al poder y a la sujeción de las mujeres en el campo médico, articulados con el concepto *ciudadanía* y 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, México. Se presenta información cuantitativa que se obtuvo de una encuesta aplicada en agosto de 2013, y la información cualitativa se generó mediante entrevistas en profundidad a mujeres con EC y entrevistas semiestructuradas a médicos y médicas que atendían a las mujeres. Las entrevistas se realizaron de enero a diciembre de 2014.

Se hace hincapié en que en este estudio 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.

PRECISIONES SOBRE LA ENFERMEDAD CORONARIA

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

De acuerdo con 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 al 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 se incluyen a las mujeres. Los síntomas también varían de acuerdo con la presentación de la EC: angina de pecho o infarto agudo al miocardio (IAM).

Los exámenes que usualmente se requieren para establecer el diagnóstico son: electrocardiograma, exámenes específicos de laboratorio para enzimas cardíacas, angiografía coronaria (también conocida como cateterismo cardíaco), prueba de esfuerzo y estudios nucleares. El tratamiento varía de acuerdo con la presentación del cuadro; puede ser con medicamentos para tratar de reperfundir 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 (University of Maryland Medical Center 2014). La EC supone una carga considerable tanto personal como para el país y sus instituciones, dado su alto costo económico y social.

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 las mujeres y se conocen como enfermedad de Takotsubo y síndrome cardíaco X (Gadda 2010; Arrebola-Moreno, Recio-Mayoral y Kaski 2011).

Este libro está estructurado en ocho capítulos. En el primero se aborda el marco teórico y conceptual con que se acerca al fenómeno de estudio, así como la perspectiva con que se analizaron los datos. Se explican los conceptos *habitus*, *campo* y *capitales* de Bourdieu. También se explican las definiciones de otros conceptos, como percepción en salud, estilos de vida, ciudadanía y sesgos de género. Se habla sobre algunos abordajes de Foucault y de la teoría feminista y de género por su importante aportación al análisis de las relaciones de poder, las condiciones de subordinación y dominación, y se menciona la reproducción de las desigualdades genéricas (Castro-Vásquez 2016).

En el segundo capítulo se presentan las condiciones contextuales de las mujeres sujetas a estudio y de la EC. Se identifica la relevancia social y epidemiológica de la EC en las mujeres y se sitúa en el contexto de la creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia mundial (2008). El reconocimiento de este contexto es

importante, tanto para analizar cómo ellas perciben y viven la enfermedad, como para acercarse al estudio del proceso de apropiación y las condiciones que hacen posible (o limitan) el ejercicio de los derechos en salud.

El tercer capítulo explica la metodología de la investigación; esto es, el diseño del estudio y la pertinencia de las herramientas metodológicas elegidas. También se presenta la 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 la ciudad de Hermosillo, Sonora, con la que se identificaron temas centrales sobre este fenómeno, puesto que en el país no se había investigado la EC en las mujeres desde la mirada sociocultural de género y derechos.

El quinto capítulo da cuenta de los ejes centrales de análisis y conceptos emergentes 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 al personal médico que atendía a las mujeres, y se complementa la información obtenida con las dos primeras herramientas metodológicas.

El séptimo capítulo integra la información que se obtuvo a través de las tres herramientas metodológicas. Se contrastan los datos, se analizan y se debaten con los conceptos teóricos que guiaron la investigación, y con los conceptos que emergieron de las entrevistas.

Finalmente, el octavo capítulo aborda las conclusiones. Entre los hallazgos principales, destaca la identificación de ejes que atravesaban las historias de las mujeres que participaron en la investigación. Uno de los principales fue su construcción genérica. Se evidenció que en el interior del colectivo femenino había condicionantes sociales, culturales y de género que las colocaban en vulnerabilidad coronaria diferencial; que las creencias y prácticas socio-históricas de la EC como enfermedad masculina persistía en el imaginario y estructuraba el conocimiento sobre la enfermedad, lo que llevaba a sesgos de género en la atención de la EC en las mujeres.

Sin embargo, se observaron juicios de valor con los que las mujeres se *autodescalificaban* y se les descalificaba (por parte de sus parejas, familia y personal médico), tanto por sus acciones como por sus inacciones en salud, a pesar de que un porcentaje considerable de ellas estaba desinformada sobre la EC en las mujeres; y también, de diferente manera, el personal médico que las atendía. Lo que contribuía a separar y confinar sus malestares, dificultando el reconocimiento de la enfermedad que padecían.

Sin embargo, debido a su socialización de género, cargaban con la culpa, tanto por enfermar como por no identificar sus síntomas iniciales. El plano de interpretación de la EC por parte del personal médico es el biológico, y la visión sobre las mujeres era paternalista y autoritaria, lo cual limita la toma de decisiones de ellas.

Se observó la conformación de *habitus* diferenciados en el campo médico: *de género*, *de paciente obediente* y *médico profesional autoritario*. En el mismo capítulo incluimos recomendaciones y sugerencias para otras líneas de investigación sobre el tema.

I

LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES EN LA ENFERMEDAD CORONARIA

MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN CONCEPTUAL

La investigación sociocultural sobre la salud considera que persisten inequidades de género en el campo médico para la atención integral de la EC en las mujeres, lo que se puede calificar como un proceso violatorio de los 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 en el interior del colectivo femenino riesgos diferenciales en la salud, diferentes maneras de vivir la enfermedad y de gestionar las necesidades de la salud (Tajer 2009; Tajer et al. 2014a).

En el campo médico, altamente jerarquizado y sostenido por relaciones de poder, las mujeres, en su calidad de pacientes, se encuentran “tuteladas” bajo la autoridad médica (Cristina Herrera 2010) y, si bien hay diferencias entre ellas de acuerdo con los discursos de género y clase social con que el personal médico caracteriza a las “pacientes” (Cristina Herrera 2010), como colectivo están en posición subordinada, tanto para ser informadas o no sobre la enfermedad, como para tomar decisiones durante el proceso S/E/A de la EC.

En los años noventa se reportó que el comportamiento de la EC era más letal en las mujeres, y que había diferencias en los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos del personal médico, de acuerdo al sexo de sus pacientes (Ayanian y Esptein 1991; Healy 1991). Surgieron diversas explicaciones biológicas para tratar de explicarlas. Entre las principales se han mencionado: 1) que el diámetro interno de las arterias coronarias de las mujeres es más angosto y por lo tanto los resultados médico-quirúrgicos son menos exitosos; 2) que la aparición de la enfermedad es más tardía en mujeres (diez años después que en los hombres); 3) que se relaciona con cambios inflamatorios y hormonales de la menopausia; 4) que en las mujeres hay más comorbilidad³ de la EC, con otros factores de riesgo cardiovascular, como la obesidad, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, la hipertensión arterial y la diabetes, principalmente; 5) que las mujeres se demoran para buscar atención médica; 6) que tienen menos autopercepción de riesgo (Fernando Reyes et al. 2001; Pratt 2007; Solorio et al. 2007; Lanás et al. 2007; Adams et al. 2008; Cortés-Bergoderi et al. 2012).

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

³ De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (RAE), comorbilidad es la “coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas”.

administración (Women's Health Initiative, whi 2002). Este tema permanece en discusión, sobre todo en el campo médico de la ginecología.

Sin embargo, las explicaciones biológicas comentadas previamente no son suficientes para comprender: *a)* por qué las mujeres tienden a subestimar sus primeros síntomas coronarios; *b)* qué subyace en el subregistro de esos síntomas por parte del personal de salud; *c)* por qué con frecuencia este personal cataloga la EC en las mujeres como “inespecífica” o “atípica”; *d)* cuáles son los condicionantes sociales y culturales de la EC en las mujeres; *e)* por qué son menores los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos del personal de salud cuando las enfermas son mujeres; *f)* cómo se expresan los sesgos de género en la atención sanitaria de la EC (Ruiz Cantero y Verbrugge 1997; Tajer et al. 2000; 2002; 2003; 2006; 2014a; Tajer 2009; Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004; Rohlfs et al. 2004; García de la Hera 2007; Secretaría de Salud del Gobierno Federal Mexicano, SSA-Centro Nacional de Equidad de Género 2007a; SSA-Programa de Acción 2001; SSA-Programa de Acción Específico: Riesgo Cardiovascular 2007b; Ruiz Cantero et al. 2007; Sancho y Solano 2011).

Cabe agregar que la clasificación de la EC en las mujeres como “atípica” parte de que hay un cuadro “típico” (Emslie, Hunt y Graham 2001; Tajer et al. 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 se identifica 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 desvela al “sujeto” invisible en la construcción de la EC: la mujer.

La identificación de la EC como masculina ha sido problematizada por distintas disciplinas; a veces lo hacen 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 un subregistro y menores esfuerzos terapéuticos del personal de salud cuando las afectadas son mujeres (Ayanian y Epstein 1991, Healy 1991; Ruiz-Cantero y Verbrougge 1997; Rohlfs et al. 2004; Mosca et al. 2004; Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004; Ruiz-Cantero et al. 2007; Barros et al. 2013). En otras ocasiones lo hacen las ciencias sociales, como la sociología, la antropología y la psicología, mediante los estudios de género de la salud y la enfermedad (Emslie, Hunt y Graham 2001; Tajer et al. 2002; 2003; 2014a; Tajer 2005; 2009; Mussi y Araújo 2006; Mussi et al. 2013).

LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA EC EN LAS MUJERES EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA

Cabe aclarar que la producción bibliográfica sobre la EC en las mujeres es muy extensa, pero la mayoría de los reportes centran la investigación en los factores de riesgo cardiovascular, identificados por la medicina científica hegemónica,⁴ en las pruebas y los procedimientos diagnósticos y sobre las alternativas terapéuticas. Es decir, son de corte biomédico, y el género suele utilizarse como una variable, lo que consideramos corresponde a una desagregación por sexo (Ruiz-Cantero, Simón-Rodríguez y Papi-Gálvez 2006; Salas-Valenzuela y Medina-Mora 2006).

En la revisión de trabajos para el estado del arte sobre el tema,⁵ se encontraron algunos que hacen explícita la perspectiva de género o el estudio de diferencias con base en el género. En México, el grupo de Solorio et al. (2007) comentó que identificarían las diferencias relacionadas con el género en la presentación

⁴ La medicina científica, de acuerdo con Eduardo Menéndez (1994, 72) “constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad”.

⁵ Una primera versión de este apartado se presentó en un artículo publicado en la *Revista de Estudios de Género. La Ventana*.

de la EC. Asentaron que la angina de pecho es la forma de presentación más frecuente de la EC en mujeres; y concluyeron que las mujeres acuden “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” (Solorio et al. 2007, 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 et al. (2007), en el cual se explicita como objetivo analizar la calidad de la atención “asociada al género” para diversas enfermedades, entre las que incluyeron el infarto agudo al miocardio. No se utiliza la perspectiva de género para problematizar los resultados y el tema queda subsumido y homogenizado mediante índices de atención.

En cuanto a las investigaciones con perspectiva de género en otros países de América Latina y el Caribe, destacan los reportes de Tajer et al., quienes desde 1998 han estudiado diversas vertientes de la relación entre género y enfermedades cardiovasculares, con una importante producción bibliográfica (Tajer 2005; Tajer et al. 1998; 2000; 2002; 2003; 2006; 2010; 2011; 2013; 2014a; 2014b).

La mayoría de sus investigaciones son multidisciplinarias, de corte cualitativo y cuantitativo. Han estudiado la construcción de la identidad masculina y de la femenina, y los modos de construcción de riesgo en la salud. También han estudiado el subregistro de los síntomas coronarios de las mujeres por parte del personal médico; la calidad de la atención en la enfermedad cardiovascular de acuerdo al género; la identificación y la comprensión de la vulnerabilidad coronaria diferencial, por género, edad y clase social.

Además, Tajer, a partir de los campos de la subjetividad y de la 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 investigación cuantitativa y cualitativa, indagaron acerca de los imaginarios de profesionales de la salud y de las 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 las mujeres del riesgo psicosocial, con diferencias entre los sectores público y privado. Identificaron distancias entre los imaginarios y las prácticas de la salud, tanto de las usuarias como del personal de salud, y enfatizaron el papel central que pueden tener médicos y médicas generalistas y gineco-obstetras en la prevención primaria de la EC.

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

En otro trabajo, Mussi et al. (2013) utilizaron un modelo de regresión logística para correlacionar factores socio-demográficos, como el nivel socioeconómico, la pertenencia de raza o etnia, la edad, el género y los síntomas clínicos del IAM, con el tiempo de demora para acudir a la atención médica. En su estudio concluyeron que las mujeres tuvieron más tiempo de demora en comparación con los hombres, pero que la diferencia no era estadísticamente significativa. Este grupo de investigadoras no abordó las dimensiones culturales ni las ambientales de las diferencias.

En relación con los estudios que analizan las dimensiones sociales o las culturales, encontramos algunos sobre aspectos vivenciales de las mujeres con enfermedad coronaria, 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 de terceros; la incapacidad para modificar su entorno; y, las experiencias previas con el personal de salud. La autora no explicitó el uso de la perspectiva de género en su análisis, pero los factores que identificó como causas de la demora de atención médica en las mujeres se relacionan con patrones y estereotipos de género, inmersos en relaciones de poder que se reproducen en el cuidado de la salud.

Mediante el enfoque del interaccionismo simbólico, Mussi y Aráujo (2006) realizaron una investigación cualitativa, cuyo objetivo fue “comprender los significados de la experiencia del dolor” (2006, 170). 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 de Mussi y Pereiro, se aproximan 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.

Lima y Padial (2007) exploraron la relación entre el perfil socioeconómico y el cultural de las mujeres, como indicadores de exclusión social, y la presentación de la EC después de la menopausia. Partieron de la premisa de que la exclusión social y las discriminaciones de género no se entienden ni se evalúan bien cuando se investiga sobre la EC, y concluyeron que es necesario 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 los síntomas de angina, y observó que las mujeres priorizaban la atención de *otros*, antes que de sí mismas. Señaló que las mujeres empezaban a vivir su cuerpo a través del dolor cardíaco, experiencia que las llevaba a cuidarse, aunque esta situación tendía a 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 lo recomienda la biomedicina (Guerchicoff y Merhan 2013).

A través de encuestas se ha buscado identificar qué conocimientos tienen las mujeres acerca de los factores de riesgo cardiovascular (Manzur y Arrieta 2005) y sobre la prevención de la enfermedad. En las mujeres informadas, hay reportes sobre la brecha entre conocimiento y comportamiento. En esos trabajos se cruza la información con la edad y el nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas (INS Gallup Argentina 2010). El énfasis de estos estudios está en lo individual y lo comportamental.

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

Cabe señalar que la desinformación de las mujeres acerca de la EC trasciende regiones, fronteras, y también continentes, como lo demuestra una investigación cualitativa reciente realizada en España (Sancho, Solano y Solera 2015).

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

Sintetizando: la indagación 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 los 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 hombres y mujeres, y la disminución del intervalo entre ambos (Tajer 2005; Fundación Favaloro s/f); es decir, que al sesgo de género se suma el sesgo de edad.

Además, al colocar el énfasis en las diferencias biológicas quedan fuera del análisis 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, Recio-Mayoral y Kaski 2011).

En relación con el estrés, hay que cuestionar la naturalización social de las mujeres como “naturalmente” más emocionales (Urquijo et al. 2003), lo que puede llevar a tratar sus malestares con ansiolíticos y al subregistro de los primeros síntomas coronarios.

También hay que cuestionar qué es lo que los estudios biomédicos entienden por estrés, y reconocer los aportes de otras disciplinas que han identificado que los factores psicosociales están íntimamente relacionados con patrones y normas de género, y con condiciones de vida de las mujeres que incrementan su vulnerabilidad coronaria, con diferencias entre este colectivo (Tajer 2009; Tajer et al. 2014a).

De igual forma habría que analizar los modelos utilizados en la investigación de factores psicosociales para esclarecer cómo se construyen esos modelos y cuál es el objeto de estudio de su diseño, con el fin de identificar si no reproducen sesgos de género en la investigación, al aplicar modelos teóricos contruidos para analizar a los hombres, a las investigaciones de mujeres (Tajer 2009; Tajer et al. 2014a).

Cabe aclarar que la identificación de trabajos que exploran la relación entre la EC y el género puede dificultarse por errores sistemáticos en la investigación. De acuerdo con Ruiz-Cantero et al. (2007), la ciencia de búsqueda y recuperación de información (ISR, por sus siglas en inglés)⁶ “puede afectarse por el androcentrismo de la ciencia tradicional” (2007, 47),⁷ que da lugar a sesgos de género en diversas fases del proceso; por ejemplo, en los términos seleccionados para los encabezados de los artículos y en las asociaciones semánticas utilizadas de acuerdo al vocabulario médico controlado (MeSH, por sus siglas en inglés)⁸ para revistas y publicaciones médicas, puesto que falta un término para “indexar específicamente los estudios de género dentro de las 17 000 palabras ligadas al MeSH” (2007, 47).⁹

Este grupo de investigadoras señalan que el 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 las mujeres en los ensayos clínicos; 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 *autoperciben* el riesgo, lo que influirá en sus prácticas.

De manera que para tener más conocimientos sobre la apropiación de los derechos a la salud es necesario comprender las vivencias y las 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 sus derechos.

⁶ Siglas que en inglés significan *Information Search and Retrieval*.

⁷ La traducción es nuestra.

⁸ Siglas que en inglés significan *Medical Subject Headings*.

⁹ La traducción es nuestra.

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

Se enfatiza, después de la búsqueda bibliográfica, que en México hay escasa producción empírica sobre la EC en las mujeres desde la mirada de género, y menos con la perspectiva de la ciudadanía. El problema es que se ha privilegiado la investigación biológica de la EC 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 dado evidencia de la necesidad de estudiar contextualmente la EC en las mujeres.

Pues si bien en salud hay problemas comunes para los hombres y las mujeres, también hay especificidades y particularidades que imprimen diferenciales en los modos de construcción de riesgo (Tajer 2005), en las maneras en que se perciben las enfermedades (Tajer 2005), en la severidad, la frecuencia y el comportamiento de las mismas (Denman, Castro-Vásquez y Aranda 2007); en las estrategias preventivas y curativas, y en las maneras de gestionar las necesidades en salud (Menéndez 2003).

Del mismo modo, se ha constatado 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 con los servicios de salud, sin dejar de lado que estos diferenciales, además de con el género, se relacionan con otros factores sociales y culturales, como la edad, la etnicidad, la clase social y otras condiciones sociales específicas –macro y microestructurales–, por ejemplo, la situación laboral, el acceso a los servicios de salud, la migración, las crisis económicas o políticas y la violencia de género, entre otros (Esteban 2006; Krieger 2003; Tajer 2009; Órth-Gomér 2009; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

De ahí la importancia de realizar investigaciones que amplíen la mirada para visibilizar las experiencias, la diversidad y la complejidad de las relaciones entre las actoras sociales y la salud y la enfermedad. Sobre esa base, la perspectiva de género y derechos permite profundizar en la identificación, el análisis y la 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 lo han abordado principalmente las ciencias sociales (Castro-Vásquez 2008; 2011; 2016; Castro-Vásquez et al. 2011; Amuchástegui y Rivas 2004; Juárez 2009; Roberto Castro 2010; Cristina Herrera 2010).

LA MIRADA SOCIOLOGICA EN EL ESTUDIO DE LA EC EN LAS 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 (McKeown 1979; Krieger 1994; Haro 2011; Roberto Castro 2011) que se ligan a modos de vida, interacciones y relaciones sociales –y de género–, bajo diversas condiciones económicas y políticas.¹⁰ 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).¹¹

¹⁰ Una primera versión de este apartado se presentó en el IV Congreso Nacional de Ciencias Sociales.

¹¹ Traducción de la autora.

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, Castro-Vásquez y Aranda 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 algunas luces esta 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). Definición que ha sufrido transformaciones por la misma OMS para tratar de darle un sentido más dinámico y entender la salud “como un recurso para la vida diaria”. Sin embargo, todavía falta plantearla tomando en cuenta la perspectiva de género, pues adolece de conceptos como “género”; esta ausencia constituye un sesgo importante en la definición (Mayobre y Caruncho 1998), dada su relevancia como condicionante social y cultural de la salud.

La salud tiene un alto valor social. La biomedicina procura evitar o tratar las enfermedades, antes que trabajar para la preservación de la salud. Uno de los rasgos estructurales dominantes del modelo médico hegemónico, referido por Menéndez, es 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” (2003, 194).

Sin negar que si bien el personal médico entrenado bajo este modelo no desconoce que hay dimensiones psicológicas y sociales en la salud, los mismos currículos formativos tienden a minimizarlas, salvo excepciones, como en el campo salubrista (2003, 194).

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 la promoción de los esfuerzos se centren en cómo mantener la salud, más que en dilucidar cómo se generan y tratan las enfermedades. El concepto de salud positiva se liga con el bienestar y la 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 (Cristina Herrera 2009; Castro-Vásquez 2011; Roberto Castro 2014a, Juárez y Castro-Vásquez 2016).

Las ciencias sociales y particularmente la medicina social problematizan la conceptualización de la salud y la enfermedad como dos entidades dicotómicas; y cuestionan tanto el hecho de que la biomedicina se haya apropiado de estos conceptos como su enfoque reduccionista. Esta mirada propone una concepción más amplia, como un proceso de *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 (Laurell 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 *versus* enfermedad, entendiendo que “el proceso biológico se da socialmente” (1982, 9) y, por lo tanto, tiene una simbolización social y culturalmente construida (Menéndez

1994; 1998). En el 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 condicionantes¹² sociales de la salud, el papel protagónico de las estructuras sociales y, al mismo tiempo, rescatar las voces de los actores y de las actoras sociales, que se relacionan con las estructuras y viven entre sí 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, de cura y de cuidados. Como veremos más adelante, ellas 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 los aportes de Michel Foucault en relación con el poder y la conformación de las mujeres como sujetos, y en este caso sujetas tuteladas y disciplinadas en el ámbito de la salud. Y la noción de ciudadanía se propone como un concepto articulador, para explorar el proceso de apropiación y las condiciones de posibilidad de ejercicio de los derechos en salud.

El concepto de *habitus* (Bourdieu y Wacquant 2005) es útil para analizar cómo se reproducen las prácticas de subordinación en el campo médico (Castro-Vásquez 2011) que, inmersas en relaciones de poder, se naturalizan y deniegan o, al menos dificultan, la toma de decisiones y el ejercicio de los derechos de las mujeres en el caso de la EC. Tomando en cuenta que, 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 cuanto *condiciones de existencia*, producen *habitus*, entendido como:

sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas 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 (2005, 195).

Se entiende que las mujeres, en cuanto sujetos sociales, se constituyen en el 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 con los poderes y los capitales en juego.

¹² Comparto con Menéndez (2009) el cuestionamiento al uso de “determinantes” como lo propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), porque hablar de determinantes es establecer una causalidad de la que no hay escapatoria para los sujetos y puede reproducir discursos ocultos, de justificación o de legitimación, de las inequidades en el mundo.

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 se naturalizan y se reproducen 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” (2000, 12). 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 van en detrimento de su salud cardiovascular.

Las mujeres en el campo médico están en doble subordinación: ante la autoridad médica y por el género. 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 concededoras, sino a través de esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los *habitus*” (2000, 54), cuyos esquemas 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 quienes poseen uno de los principales capitales simbólicos en juego —el saber sobre la enfermedad— son las y los médicos 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 otras teorías sociales han problematizado el concepto de *habitus*. Alexander (2001) considera que 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 contra las constricciones materiales.

El feminismo también 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” (Cristina Herrera 2009, 99).

Cristina Herrera trae a colación que hay situaciones estructurales y jurídicas que constituyen no sólo auténticas barreras de género, sino que también limitan la conjunción del pasado (experiencias) con el presente y el futuro en los esquemas que conforman el *habitus* de las mujeres que, en cuanto agentes sociales, toman (o no) acciones. Éste es 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 ni de tomar sus propias decisiones.

Para Bourdieu, si bien las mujeres se socializan 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” (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*.

En el interior del colectivo de mujeres hay *habitus* diferenciados, en cuanto 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 —siguiendo 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” (2005, 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. (2000, 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 está 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, la subordinación, la clase social y el género.

De acuerdo con 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 éste le dé sentido y valor al campo como “mundo significativo”, el *habitus* a su vez estructura al campo (2005, 147). 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 y las agentes son productos sociales e históricos, dimensiones que se inscriben en los *habitus*.

El *habitus* establece también la relación entre cada sujeto y su cuerpo, a través de procesos de aprendizaje (socialización) que, conjuntando pasado, presente y futuro, condicionan la forma en que se concibe el cuerpo. El cuerpo, al ser un producto social e histórico, se entiende que está cruzado por la cultura, por las relaciones de poder, por la dominación, por la subordinación y por la posición social, es decir, por 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 en los capitales en juego que, a su vez, confieren poder para posicionarse y jugar dentro del campo.

Por capitales 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). En el 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, con base en las reglas o prerequisites del juego en el campo, pues los capitales son específicos de cada campo (2005, 152).

Estos conceptos, aplicados al ámbito de la salud, permiten estudiar lo que sucede en el ámbito del campo médico, entendido como *microcosmos social* relativamente autónomo, constituido con base en regularidades y que está conformado por instituciones y agentes ubicados en distintas posiciones. Altamente jerarquizado, es un campo de poder, cohesionado a través de capitales en juego; el saber médico es uno de los principales y el mismo cuerpo médico lo ha construido y legitimado. Puesto que son poseedoras del capital en juego, las instituciones de salud detentan poder, norman, legislan y deciden sobre

la vida y la muerte de la población. 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” (Roberto Castro 2011).

En el caso de las mujeres en el campo médico, aunque consideramos que están en una doble condición de subordinación, como mujeres y como 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 la 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.

Cuando hablamos del concepto *habitus paciente obediente* nos referimos a las categorías de percepción, apreciación y acción con que las mujeres que padecen una enfermedad, y dependiendo de los capitales que posean, se insertan en el microcosmos social que es el campo médico; son sus *condiciones de existencia* en un campo que les es ajeno.

Hemos construido este concepto con base en las evidencias que se documentaron en la investigación, y se refiere a la posición subordinada de las mujeres pacientes en el campo médico, a la sujeción de que son objeto a la autoridad médica, a la obediencia que se les pide a la hora de hablar, y a la disciplina que deben cumplir para acatar las indicaciones médicas, como lo manifestaron algunas de las mujeres entrevistadas. Y también el concepto se refiere a 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 a la *autoculpabilización* de las mujeres pacientes por padecer la enfermedad, atribuyéndola a su falta de “obediencia” a las indicaciones médicas.

En relación con el 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 de *autoritario* (Roberto Castro 2014a); es decir, que se ha 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 el propio campo médico y, al mismo tiempo, el campo médico estructura mediante vínculos formativos a quienes están en él.

Pese a los cambios que caracterizan a la medicina y a 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 es a través de la mirada médica como “se abre el secreto de la enfermedad”, y se ve 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) y se abstrae de lo que siente y sufre el enfermo (2009, 14). Además, quienes padecen deben subordinarse a la autoridad médica, reafirmando el poder médico “ante el enfermo y la enfermedad” (Clavreul 1983, 101). Basada 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” (1983, 101), 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/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 el campo de la salud, en cuyas estructuras perviven discriminaciones y brechas de género que inciden en la cotidianeidad de las relaciones en el interior del campo médico, y debido a que están 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 “violencia de género en los espacios de salud” (Sara Fernández 2007, 52).

En México, los conceptos de *habitus* y de *campo* se han utilizado en diversas investigaciones sobre la salud; por ejemplo, Cristina 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 Universidad Nacional de México (UNAM). Roberto Castro (2010) trabajó sobre *habitus profesional* y ciudadanía, exploró cómo se gesta el *habitus médico autoritario* en la formación médica (Roberto Castro 2014a) y revisó las pautas de género en el desarrollo del *habitus* que reproducen las estructuras de género en instituciones médicas (2014b).

Por su parte, Castro-Vásquez (2011), en investigaciones sobre salud, utiliza los conceptos de *habitus*, *campo* y *mercado lingüístico*, para analizar cómo se construyen formas de subordinación de las mujeres en el campo médico, que invisibilizan los 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. De esta forma demostró que la voz de los médicos y las médicas y la de los y las pacientes están claramente diferenciadas (Castro-Vásquez 2011). En este sentido, el mercado lingüístico es un campo de definición de poderes, en el que la subalternidad y la inequidad de género adquieren forma (Ureta-Calderón 2003).

Tomando en consideración estos conceptos, en este proyecto se buscó la identificación y la comprensión de por qué permanecen ocultas a la sociedad en general, y particularmente a las mujeres sujetas de investigación y al personal médico que las atiende, las particularidades de género de la EC en las mujeres, y las voces de éstas en relación con 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. 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 entre médico o médica y 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 este autor el poder implica tanto relaciones como prácticas, puesto 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 que el primero considera que el poder es tanto objetivo como simbólico, es constitutivo y no necesariamente coercitivo, el segundo considera que está legitimado en forma de 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 (Foucault 2002).

Foucault abordó la *microfísica de un poder* complejo, que si bien tiene expresiones diversas, está omnipresente en la vida de los sujetos y se implanta mediante la disciplina, entendida como el “conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización” (Foucault 1978, 28).

Mantecón (2010), al analizar los aportes foucaultianos, agrega que el poder no sólo se ejerce desde arriba; que si bien la interiorización de la disciplina lleva a “autocensuras y autocontroles, es decir, a expresiones de autodisciplina” como esferas de “disciplinamiento¹³ social” (2010, 288), exige también “adhesión, consenso, aceptación”, y que los:

resultados experimentados en términos de disciplina recibieron influencia tanto desde arriba como desde abajo [...] las [influencias] que llegaron desde abajo no fueron únicamente derivados del consenso o la interiorización de cuanto llegaba desde arriba, sino que respondían a una capacidad creativa de valores, reglas de convivencia, normas y tolerancias gestadas por la sociedad y expresadas de formas muy variadas [...] [por eso] nunca se ha llegado a lograr una sociedad absolutamente disciplinada, reducida a una obediencia acrítica y que respondiera de una forma automática a los valores que se le proyectaban desde las esferas de poder y autoridad de muy variadas formas. (2010, 288)

Para Foucault, el “poder disciplinario” médico se relaciona con la transformación del saber médico y su reproducción formal en las universidades, los cambios en la jerarquía dentro de los hospitales, y porque “el individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica” (1978, 133).

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

¹³ El término “disciplinamiento” no existe para la RAE. Disciplinamiento social es un concepto asentado “en la historiografía y las ciencias sociales”, cuya definición ha recibido importantes contribuciones “desde la perspectiva del *socialdisziplinierung* y de las propuestas foucaultianas” (Mantecón 2010, 264). Hay propuestas interpretativas recientes que integran a la definición de este fenómeno “la perspectiva desde abajo [...] desde la gente común y la cultura popular” (Mantecón 2010, 264).

No obstante, cuando se acota el proceso S/E/A al componente biológico, se descontextualiza a las “pacientes” y se deslegitiman sus saberes, a pesar de que el personal de salud las identifique como “encargadas” de los cuidados a la familia (Hernández, Arenas y Valdés 2001).

El contexto, las condiciones de existencia y la pertenencia de género son aspectos centrales en la toma de decisiones de las mujeres para su propio cuidado de la salud, incluyendo la búsqueda de atención médica.

Múltiples factores sociales, culturales, económicos, políticos y de género intervienen en las prácticas de cuidado 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 también en los niveles macroestructurales (cultura, economía, religión, protección de la salud, etcétera), en los niveles mesoestructurales (entornos más cercanos, como organizaciones sociales, acceso a servicios de salud, etcétera), y en los niveles microestructurales (insertos en la cotidianeidad, edad, familia, etcétera).

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 los derechos en salud.

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

La mirada de género y derechos en el estudio de la salud abreva de la producción teórica feminista que, diversa y plural, reclama la articulación de las desigualdades de género con otras variables, como raza o etnia y clase social, entre otras. Creemos que al no considerar esta perspectiva se corre el riesgo de invisibilizar o minimizar las diferencias y desigualdades sociales, así como los sesgos de género en la atención de la EC. Se reconoce que:

el concepto, teorías y perspectivas de género, así como el moderno entendimiento de lo que conforma [...] el sistema de dominación patriarcal son producto de las teorías feministas, es decir, de un conjunto de saberes, valores y prácticas explicativas de las causas, formas, mecanismos, justificaciones y expresiones de la subordinación de las mujeres que buscan transformarla. (Facio y Fries 2005, 260)

El feminismo nació articulado a la Ilustración en la Europa del siglo XVIII, en el debate de lo que se ha llegado a denominar una Ilustración misógina (Maldonado y Gil 2013), centrada en los “derechos del hombre” de igualdad y ciudadanía. Y en el siglo XIX surgen grandes movimientos emancipatorios que priorizan la libertad y los derechos de primera generación, y se pospone la búsqueda de igualdad propuesta por las feministas.

A mediados del siglo XX la filósofa Simone de Beauvoir, en su libro *El segundo sexo*, discute que diversas disciplinas han tratado la “esencia femenina” como un determinismo biológico que justifica y legitima la condición de subordinación femenina. Si bien no utilizó en su libro el concepto de género – que aún no había surgido en ese momento –, acuñó la frase “No se nace mujer: se llega a serlo”. Es decir, establece que la anatomía no es destino; que la insignificancia histórica de las mujeres las condena a la inferioridad y no al revés; y que las mujeres son las *otras* en relación con el hombre a quien se lo ha considerado “sujeto universal”. Al señalar que las mujeres son la alteridad en un mundo hegemoníamente patriarcal, la autora contribuyó a la teoría feminista posterior (Osborne y Molina 2008; Maldonado y Gil 2013).

En los años setenta, la llamada tercera ola del feminismo trabajó la conceptualización de género como una “herramienta analítica capaz de desvelar 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 debido a las discusiones alrededor del concepto “sexo-género”, no ha perdido su capacidad crítica y contestataria para visibilizar lo invisible y cuestionar el *statu quo*. Cabe señalar que existen distintas corrientes dentro del feminismo, esto es, hay disensos devenidos de la “pluralidad ideológica y en las prácticas”, como también hay consensos, y uno de los que nos interesa remarcar es que:

La subordinación de las mujeres tiene como uno de sus objetivos el disciplinamiento y control de nuestros cuerpos [femeninos]. Toda forma de dominación se expresa en los cuerpos ya que son éstos en última instancia los que nos dan singularidad en el mundo. En el caso de las mujeres, el disciplinamiento ha sido ejercido por los hombres y las instituciones que ellos han creado (la medicina, el derecho, la religión) con el fin de controlar la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, expresión de la diferencial sexual. (Facio y Fries 2005, 267)

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).

Sobre la salud, Krieger (2003) analiza cómo el concepto de género, que aparece en la literatura biomédica o de salud pública después de los años setenta, se utiliza con dificultades conceptuales y de operabilidad, pues en algunos trabajos se utilizan los conceptos “género” y “sexo” en forma intercambiable, como si significaran lo mismo; y otros trabajos contemplan esos dos conceptos como constructos diferentes, el primero ligado a la construcción social y cultural y el segundo vinculado a la construcción biológica.

Ahora se sabe que cada concepto se significa en el otro, y que “sexo” es también una construcción sociocultural, por lo que se ha pasado de las “teorías del sistema sexo-género” que hicieron posible comprender los sistemas jerárquicos de género, a las “teorías de las relaciones de género”, en las que se enfatiza el carácter relacional del concepto de género, mientras que “el sexo anatómicamente configurado sugiere la transformación [...] de ciertos individuos en mujeres y de otros en hombres [...] [esto será] por lo tanto obra de las relaciones de género y no de la biología o la anatomía” (Facio y Fries 2005, 273).

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

De acuerdo con 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 históricos particulares al funcionar como modelo y a la vez mecanismo reproductor de la desigualdad en general, en tanto que principio de organización social, [puesto 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. (Cristina Herrera 2009, 14)

Es decir, mediante la construcción sociocultural de género, se reproducen desigualdades que, incorporadas al *habitus*, se reproducen mediante predisposiciones y disposiciones 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 cómo se construyen esas relaciones de género en sociedad (Gamba 2008). A través de este enfoque se busca cuestionar el orden de las cosas y visibilizar las diferencias y las desigualdades de poder, para evidenciar que éstas están determinadas social y culturalmente, que se fundamentan en normas y patrones construidos en el nivel simbólico, que se han incorporado en procesos de socialización y que las diferencias han impactado en la concreción de los derechos (Sen et al. 2005; Cerón-Mireles et al. 2006).

Los roles de género se entienden como los roles económicos, sociales y culturales que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. Las normas de género se 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 en el nivel simbólico, y se sustentan y reproducen en las concepciones, mentalidades e imaginarios colectivos (Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas, PRIGEP 2009).

Mientras que la asignación de género se hace con base en las características anatómicas, la identidad de género es la *autoidentificación* de género que se construye desde edades tempranas (alrededor de los dos o tres años), y estructura toda la experiencia vital; es decir, todas las experiencias estarán tamizadas por 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).

En México, Cardaci (2006) analizó la producción académica de estudios con enfoque de género en el ámbito de la salud y encontró que las investigaciones se enfocaban en dos temas principales: salud reproductiva y violencia de género; que se habían utilizado enfoques cuantitativos y cualitativos; que el universo de estudio era 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 las mujeres con menores ingresos. Sin embargo, no encontró estudios sobre las condiciones socioculturales y de género de la EC en las mujeres, a pesar de su relevancia epidemiológica, lo que podría considerarse un sesgo de género en la investigación nacional, que tiene repercusiones para la salud de las mujeres, al no verse beneficiadas de la misma manera que los hombres por los avances preventivos y curativos de la enfermedad. Y también contribuye a las dificultades del personal médico para identificar, además de las diferencias biológicas, las particularidades de género en este problema de salud.

Para cerrar este apartado, quiero resumir señalando que, aunque con niveles diferentes de desarrollo, hay aspectos relevantes de los estudios de género y salud por su contribución a: 1) el análisis de los cambios contemporáneos sociodemográficos y sus repercusiones diferenciales en la 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 (Bonder 2007); 5) la mayor exposición de las mujeres a la esquistosomiasis como consecuencia de sus roles de género (Bonder 2007); 6) el malestar de las mujeres (Friedan 2009) en la cultura y la mayor medicalización de sus malestares (Burín 1993); 7) la visibilización de los derechos de las mujeres en la construcción de ciudadanía en salud (Cristina Herrera 2010; Castro-Vásquez

2011); 8) la violencia en los espacios de salud (Sara Fernández 2007; Roberto Castro 2011); 9) la mayor carga del peso de la enfermedad cardiovascular en mujeres, asunto sobre el que regresaré posteriormente (Tajer 2009; Tajer et al. 2014a); 10) la búsqueda de innovaciones de género en salud (Schiebinger et al. 2011-2013; Ruiz-Cantero 2015).

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, que resignifican las percepciones y las prácticas, lo que trae como consecuencia la patologización de los malestares, la desatención a las críticas sobre la invasión del cuerpo, de la mesa, de la cama, de las relaciones, y la exclusión de otros saberes y de otras prácticas (Márquez y Meneu 2007).

En el caso de las mujeres, y bajo la perspectiva de género, la medicalización se refiere a la medicación e instrumentalización de procesos normales, como el embarazo, el parto, el puerperio, la menopausia, la medicación de sus malestares en la cultura (Burin 1993), y la prescripción de ansiolíticos que pueden retrasar el diagnóstico oportuno de la EC en las mujeres, que suele ser una de las causas que subyace en su subregistro (Tajer 2009), y que persiste después del diagnóstico, como lo refieren nuestras entrevistadas.

Esto es sólo una muestra de cómo la perspectiva de género, en cuanto análisis relacional y cuerpo de conocimientos que cuestiona el *statu quo*, ha evidenciado que hay modos diferenciales de vivir, padecer y enfrentar el proceso S/E/A de la EC. También hace visibles prácticas diferenciadas de atención (Tajer et al. 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 evidencian las diferencias entre los sexos (Colomer 2007).

Estudiar la EC en las mujeres desde una mirada de género enfrenta el reto de evitar el sesgo de la biología 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 (Sen, Asha y Östlin 2005).

La investigación biomédica reporta que la EC es más letal en las 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 en las que se concentran los diagnósticos. Pero se hace indispensable identificar las desventajas sociales o la discriminación que contrarresta esta protección biológica (Sen, Asha y Östlin 2005), por ejemplo, en mujeres más jóvenes y de clases sociales desprotegidas (Tajer 2005; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

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 o curativas y descalifica los saberes de las mujeres, incluyendo su comprensión de la enfermedad, e invisibiliza sus estrategias de cuidado.

Al no reconocer diferencias y similitudes de la enfermedad en hombres y mujeres, el personal médico “contribuye a la inequidad en salud asociada al género” (Ruiz-Cantero y Verbrugge 1997, 106), lo que puede considerarse una transgresión al derecho de las mujeres a recibir una atención digna, de calidad, oportuna y adecuada.¹⁴

Respecto al concepto de derechos humanos, se sabe que 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

¹⁴ Una primera versión sobre este subapartado se presentó en un artículo publicado en la revista *Género y Salud en Cifras*.

en favor del individuo, como lo establece la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH s/f), y se rigen por los principios básicos de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, y progresividad.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), uno de los derechos fundamentales por antonomasia es el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. En México éste es un derecho constitucional contemplado en el artículo 4º, lo que obliga al Estado a preservar la salud como un bien jurídico tanto en su componente individual como en el colectivo o social. La Carta de los Derechos de los Pacientes¹⁵ compila diversos derechos contemplados en la normatividad jurídica nacional e internacional, entre ellos, el derecho a la información, devenido en facultad jurídica para recibir o exigir información suficiente, clara, oportuna y veraz (Secretaría de Salud del Gobierno Federal Mexicano, SSA 2002).

El derecho a la información tiene al menos dos aristas. Una de ellas se refiere a la secrecía y a la protección de la intimidad de los y las pacientes, que imprime un corte paternalista a la relación entre médico y paciente y que los profesionales de la salud la defienden. La otra arista se relaciona con la idea de que la información es un derecho que requiere la materialización para su ejercicio, porque 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. El nacimiento del concepto remite a la Grecia antigua y se relacionaba principalmente con la democracia y la 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 la 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 (1965), 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 a 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. El autor sostiene que esta ciudadanía es igualitaria y universal, y que al Estado corresponde reconocerla y garantizarla (Castro-Vásquez 2011).

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

Rawls (1979), en su libro *Teoría de la justicia*, no conceptualiza ciudadanía, pero sí establece que los derechos y las libertades básicos se definen por “las reglas públicas de la estructura básica de la sociedad” (1979, 70). El autor hace referencia a cuatro condiciones constitutivas de la ciudadanía: *a*) membresía como 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” (1979, 92); y *d*) participación: este principio se aplica a los individuos y a las instituciones (1979, 92).

¹⁵ 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.

De manera que el concepto de ciudadanía comprende tres grandes significados: “estatus atribuido” en cuanto pertenencia a una nación; “prácticas sociales” de los y las ciudadanas para hacer efectivos sus derechos; y el “proceso institucional” para garantizar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos (Haro 2008). Ciudadanía es entonces el conjunto de derechos y de obligaciones ligadas a esos derechos. Se construye en relaciones de poder y requiere reconocimiento, condiciones de posibilidad para su ejercicio y 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, como estatus formal, permite que se soslayen particularidades y diferencias; 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 sujetos con derechos en salud, y en la atención de la EC en las mujeres podemos observar la ausencia en la gestión y en la atención a este problema de salud. Nuestra revisión bibliográfica, y posteriores hallazgos en campo, sustentan que en el contexto se desarrollan procesos que limitan estructuralmente el proceso de apropiación de los derechos.

Como la teoría feminista y otras perspectivas críticas lo han evidenciado, el concepto de ciudadanía moderna conlleva desigualdades y exclusiones, reproduce inequidades que lo 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” (2012, 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 sujetos 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 diferenciados de derechos, especificidades de género, apropiación de derechos y dimensiones estructurales que institucionalizan las discriminaciones de género (Zúñiga 2010).

Acercas de las desigualdades de género, en México se promulgó en diciembre de 2006 –tras cuarenta años de agenda feminista y femenina–, la Ley General para la Igualdad de Mujeres y Hombres, 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 fecha de incorporación de esta ley revela que la relación entre las mujeres y la ciudadanía en el país es muy reciente; a esto se suma que los mecanismos de subordinación han llevado a un reconocimiento “parcial” de derechos (Castro-Vásquez 2011) que se mueve entre la identificación de los 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 con la posición central de igualar una variable relacionada con algún ámbito en particular. En lo social, se refiere a los derechos y las responsabilidades compartidas por todos y por 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, Castro-Vásquez y Aranda 2007).

En el ámbito de la salud, desigualdad se refiere a la distribución diferencial en salud, discapacidad, enfermedad y muerte, tanto entre grupos sociales como en el interior de cada grupo. Asimismo, hay que recordar que, tal como sostienen 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. Surge de reconocer que hay una injusta distribución de los recursos para la salud y por lo tanto de los beneficios.

La noción de equidad de género en el campo de la salud –siguiendo la definición de 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 a quién deben beneficiar las políticas públicas; de ahí que la búsqueda de equidad pueda condicionar desigualdades.

En el caso de la EC en las mujeres, las investigaciones muestran que es una de las enfermedades que más evidencias dan de las desigualdades en el campo de la salud; también constatan los sesgos de género en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero et al. 2007; Tajer 2009; Velasco 2010) y desvelan en el país la impostergable necesidad de visualizar las particularidades de género en la EC en las mujeres, de manera que sustenten la promoción y la prevención de este problema y aporten a la búsqueda de la equidad de género en salud. Más aún, la investigación sobre la EC en las mujeres puede contribuir a generar innovaciones de género en salud (Schiebinger et al. 2009-2015; Ruiz-Cantero 2015), al enfatizar que hay necesidades diferenciadas no sólo por género, sino también por condición social, pertenencia a grupos vulnerables, escolaridad, etnicidad y otras condiciones sociales y culturales que pueden correlacionarse con la salud y la enfermedad, como la migración y las crisis económicas (Tajer et al. 2014a; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016; José Fernández-Sáez et al. 2016).

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” (Cristina Herrera 2010). El concepto de ciudadanía posibilita realizar investigación sociológica (Castro-Vásquez 2008, Castro-Vásquez et al. 2011) sobre la distancia que media entre la normatividad de los derechos –el *deber ser*–, la apropiación de éstos y las condiciones de posibilidades para su ejercicio (Comes y Stolkiner 2006). Salto cualitativo particularmente importante, cuando se trata de construir el “objeto de estudio desde la perspectiva de los derechos en salud” (Roberto Castro 2010, 56).

En este trabajo se reconoce el papel de las intersubjetividades en la construcción no sólo 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. (Cristina 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” (76) con derechos a la salud. El proceso de construcción de ciudadanía está mediado por la apropiación de derechos, el cual se construye en el entramado social y cultural de la cotidianidad, 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 los derechos, que se refieren a los recursos y al poder (Petchesky y Judd 2006).

Dicho de otra manera, en el campo de la salud se complejiza aún más el concepto de ciudadanía debido al 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 las particularidades de género de la EC en las mujeres. De hecho, la tardanza en reconocer “los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular” (Sen, Asha y Östlin 2005, 12), conforma otro sesgo de género en la atención que tiene repercusiones en su salud cardiovascular y se convierte en una limitante estructural para la construcción de la ciudadanía en el ámbito de la salud.

La investigación adscribe la conceptualización de sesgo de género, trabajada por Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado:

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. (2004, 119)

Debido a lo anterior 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 transgreden 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.

Puesto que esta enfermedad no se visualizaba en vínculo con el género, se invisibilizó a las mujeres durante la construcción inicial de la enfermedad, lo que persiste hasta este momento, de acuerdo con los resultados obtenidos. Esto hace que los reportes acerca de los modos femeninos de construcción de riesgo y sobre la vulnerabilidad coronaria diferencial (Tajer 2009) sean escasos, y se conozca poco sobre las maneras en que las mujeres comprenden el corazón y sus enfermedades.

EL CORAZÓN Y SUS SIGNIFICADOS

Desde la dimensión sociocultural, el corazón ocupa un lugar importante en el imaginario social, que se basa incluso en los descubrimientos pioneros sobre el órgano. Algunas de esas concepciones 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), se entiende que el corazón es una bomba de presión y fuerza, que genera electricidad y tiene un sistema de plomería para “distribuir” la sangre.

Entre esas construcciones sociales e imaginarios, se equipara el *corazón-órgano* con una máquina de poder que sustenta al hombre, a quien le da su fuerza, ambición y éxito, y que se acomoda al perfil del

“hombre de negocios”. Rosenman y Friedman,¹⁶ en los años cincuenta, publicaron una clasificación de la personalidad, en la que la “personalidad tipo A” se asoció al perfil del candidato “oficial” de la cardiopatía isquémica, cuyo cuerpo “de trabajo” puede quebrarse, pero también puede recuperarse, reparando y reemplazando a ese corazón (Emslie, Hunt y Graham 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 cardíaco” sigue presente en el imaginario médico, como una máquina mecánica, una bomba con principios hidrodinámicos que genera tanto flujo como presión para regular la circulación sanguínea (Eulo Herrera et al. 2006; Bustamante y Valvuenza 2008).

Un poco antes de los estudios de Rosenman y Friedman, a finales de los años cuarenta, se inició un amplio proyecto conocido como el Framingham Heart Study (s/f) en los Estados Unidos. En ese estudio se incluyeron hombres y mujeres (5 209 hombres y mujeres de entre 30 y 62 años) en las observaciones a largo plazo. Inicialmente la investigación se centró en los factores de riesgo cardiovascular asociados a la conducta masculina. Incluso se consideró que pertenecer al sexo masculino era un factor de riesgo no modificable.

El énfasis biológico que se ha puesto en las causas y en los efectos de las enfermedades del corazón excluye otras concepciones, incluyendo las que las ligan al amor y a las emociones, a la debilidad y al cansancio. Estas últimas concepciones del corazón son las que predominan en la sociedad e intervienen en la comprensión de la EC, como se observó en esta pesquisa.

La construcción de ese imaginario sociocultural del corazón ligado a las emociones tiene origen sociohistórico y religioso. Para Lepraz, el corazón es “el foco de las emociones” (2012, 42), y no se reduce sólo a las sensibilidades corporal, espiritual o a la inteligencia, sino que también se relaciona con el coraje, los deseos, la cólera, y encuentra su máxima expresión en el par amor/odio (42). El corazón expresa estas emociones resonando con 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” (61). Se abre a la alegría y se deshace en la tristeza. Aunque hay dureza en aquellos corazones que no responden ante el sufrimiento (61), también es frágil y 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 (61).

Aunque la validación de la relación entre las emociones y la EC sufre el descrédito de la mirada biomédica, pues lo liga al subjetivismo, al romanticismo y al 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

¹⁶ Los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Roseman en 1957 clasificaron a los individuos en personalidades tipo A y tipo B. La personalidad A tiene una estrecha correlación con la cardiopatía isquémica, de acuerdo con 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, la ira y la hostilidad crónicas.

como los fragmentos de su tejido orgánico”.¹⁷ 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 Natalie Lepraz dice que la vivencia emocional pervive en la organicidad del corazón, y que no se puede capturar o encerrar al corazón en una forma única de conceptualización. Comprenderlo de esta manera permite visualizar las maneras en que las 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 [estar] sanas para pasar al grupo de [las] enfermas” (Ledón 2011, 328). Lo que se relaciona con su concepción de la enfermedad cardíaca, con su identidad y posición, en cuanto 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

Un concepto utilizado de guía para el acercamiento al fenómeno de estudio es el de percepción de riesgo. Cabe señalar que en este trabajo y en consonancia con los estudios socioantropológicos se considera el “riesgo” 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, Castiel y Ayres (2009) definen tres supuestos epistemológicos sobre los que 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; 3) y el supuesto de recurrencia de eventos en serie, que permite hacer predicciones (y generalizaciones) tanto para la población de estudio, como para las 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” (332).

Otra aclaración pertinente es que se tiende a confundir riesgo y vulnerabilidad, y éstos son conceptos diferentes. Mientras que 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 con las situaciones contextuales entre y en el 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 conductual de riesgo, pero se reconoce la existencia de distintos abordajes disciplinarios y teóricos acerca de la concepción de riesgo y vulnerabilidad (Nichiata et al. 2008).

En relación con el concepto percepción de riesgo, sin dejar de reconocer su carácter polisémico y transdisciplinario, entendemos que 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, que se sustenta en creencias, experiencias, e

¹⁷ Cita: Hua XIII, no. 6, §3, p.115.

información científica y lega” (Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016, 429), así como en la transmisión de información de la familia o de otros grupos (OMS 2002).

Habría que decir también que si las explicaciones sobre quiénes son “candidatos” a la EC están estructuradas por género, y tanto la sociedad en general como desde la mirada biomédica perciben en las experiencias inmediatas que las mujeres tienen menor riesgo de padecer EC, esto media en la percepción de riesgo de las propias mujeres y en su capacidad de acción para cambiar los “estilos de vida”, tal como se recomienda desde la medicina, puesto que no se trata de capacidades de acción individuales, sino sociales, culturales y ante todo relacionales (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD 2003).

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

Además, los discursos sobre “riesgo” en la medicina científica suelen vincularse a intereses normativos sobre lo que es el ser humano y cómo debe comportarse, de modo que llevan implícitos las nociones de responsabilidad y de culpa (Castiel y Álvarez-Dardet 2010) en cuanto que son sistemas de control y orden social. Esto arroja luz en el momento de analizar cómo se emiten juicios de valor y se *autoculpabiliza* a las mujeres por sus acciones o inacciones en el proceso S/E/A de la EC, sobre todo cuando se relacionan con las recomendaciones para cambiar sus estilos de vida.

El concepto de estilos de vida surgió de la socioantropología como un concepto articulador de dimensiones macro y microestructurales, holístico, ya que se refería a sujetos y a grupos en colectividades, para observar cómo se expresaba la cultura en estilos particulares. La epidemiología se apropia del concepto, elimina la perspectiva holística, colectiva, y la 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 afirman Inhorne y Whittle (2001) y Krieger (2003) desde el punto de vista de la epidemiología. En este sentido, uno de los problemas centrales es que el estudio en el nivel poblacional de la epidemiología se lleve al plano personal, para recomendar ciertas conductas y 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. (2011, 13)

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

El problema es que si se acota el concepto a la esfera individual y conductual, se dejan fuera las *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. Las representaciones son producto del *habitus* y a su vez encarnan las propiedades materiales y simbólicas y definen capitales, posiciones y distribuciones, lo cual delimita sistemas de distancias diferenciales, identificados como estilos de vida.

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

II

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LAS 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 et al. 1990; Frenk et al. 1991a).

En la misma década de los años noventa, Ayanian y Epstein (1991), en los Estados Unidos, reportaron diferencias en el manejo médico hospitalario de hombres y de mujeres con EC, y señalaron que la enfermedad era más letal en las mujeres. 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 que el personal de salud las tratara (como a los hombres). A esto Healy lo denominó síndrome de Yentl.

A raíz de estos reportes, se realizaron investigaciones en otros países. Se confirmó no sólo que el personal de salud hacía menores esfuerzos diagnósticos y terapéuticos para las mujeres que para los hombres con EC, sino que además el personal médico notoriamente subregistraba los primeros síntomas coronarios de las mujeres, y con frecuencia les prescribían ansiolíticos porque atribuían sus cuadros clínicos a la ansiedad (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado 2004; Rohlf's et al. 2004; Tajer 2005; Velasco 2010). Asimismo, se observaron sesgos de género y de edad en la prescripción de medicamentos utilizados para la prevención secundaria de la enfermedad, que podían llevar al incremento en la mortalidad de este grupo poblacional (Williams, Bennet y Feely 2003).

Se puso en evidencia 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 se ha considerado una expresión de la mirada androcéntrica en la investigación científica biomédica (Ruiz-Cantero y Verbrugge 1997).

Sin embargo, como explicitan Gahagan, Gray y Whynacht (2015), en la investigación se está reconociendo, cada vez con mayor frecuencia, que para aspirar a una mejor ciencia es imprescindible atender los conceptos de sexo y de género en el campo de la 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” (1).¹⁸ Reconocer estos constructos lleva la intención de desvelar que, en México, las mujeres han estado ocultas en la investigación sobre la EC, con enfoque de género.

¹⁸ Traducción de la autora.

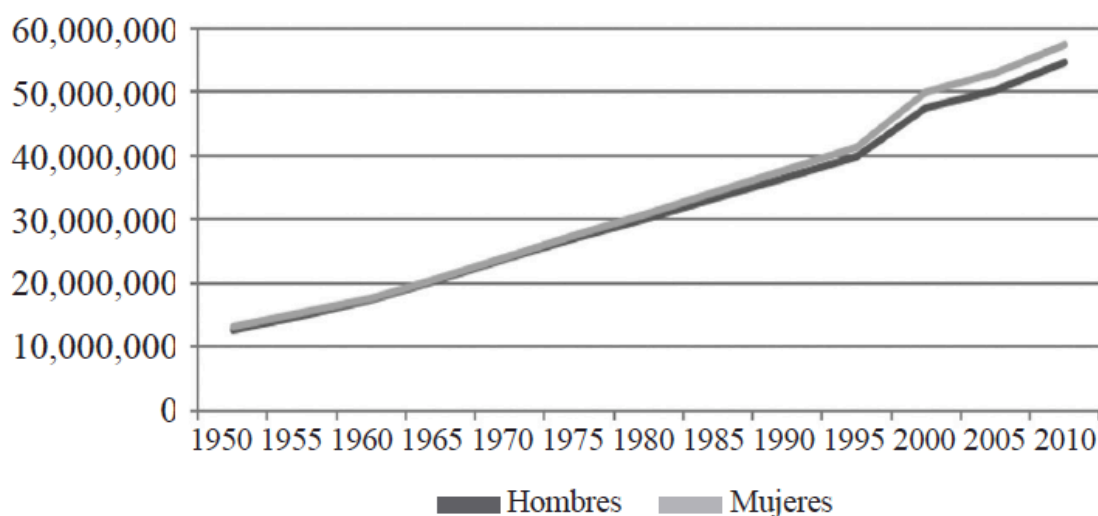
En el próximo subapartado presentamos datos epidemiológicos y sociodemográficos de la población femenina y de la EC. Describimos la composición de la población en México de 1950 a 2010, desagregada por sexo, el patrón epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante ECNT) y sus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

Nos interesa también describir algunos aspectos del marco legal y normativo relacionado con la prevención y la atención de la EC, circunscritos al sector salud. Debemos reconocer que la problemática de las enfermedades crónicas, y en particular de la EC, así como las intervenciones en la salud poblacional, se refieren 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.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UN SERIO PROBLEMA DE SALUD EN LOS INICIOS DEL SIGLO XXI

De acuerdo con datos censales de los últimos sesenta años, en México es mayor el número de mujeres que de hombres, pero esta diferencia es más notoria a partir de la década de los años noventa, como se observa en la [figura 1](#).

Figura 1. México. Población según sexo, de 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 3 de marzo de 2011).

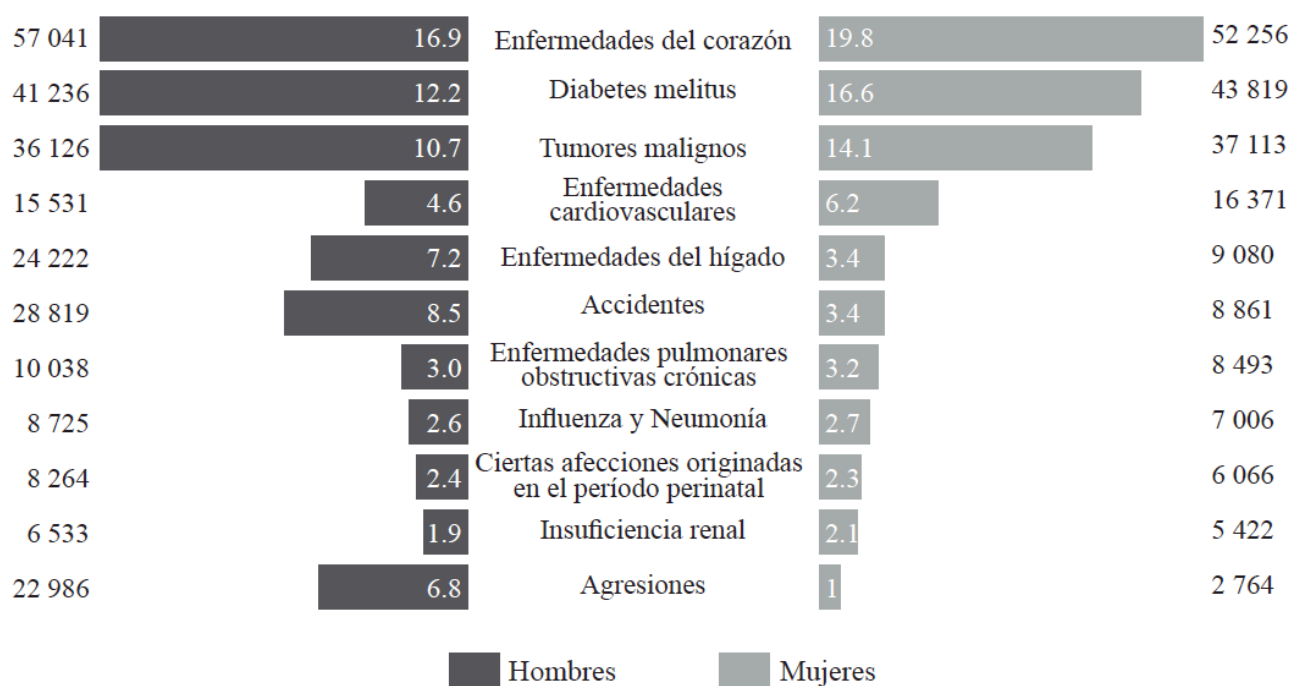
Este comportamiento poblacional tiene varias explicaciones. Algunas recaen en el ámbito de lo biológico, otras son sociales, culturales, económicas y políticas. En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señala que en México nacen más hombres que mujeres, pero que ellos mueren en mayor proporción durante la infancia, sobre todo en el primer año de vida. En el grupo de

jóvenes de entre 15 y 29 años, la mortalidad masculina es tres veces mayor que la femenina, sobre todo por accidentes de tránsito, agresiones y lesiones (INEGI 2013b).

Cabe señalar que la cardiopatía isquémica tiene un peso importante en la sobremortalidad masculina, en los grupos de edad de entre 30 y 50 años (Escobedo et al. 2010; Secretaría de Salud del Gobierno Federal Mexicano-Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, 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).

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 (véase la [figura 2](#)).

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



Fuente: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion26.pdf> (2013b).

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 por enfermedades del corazón que los hombres; se estima que esta diferencia puede incrementarse en los próximos años.

El incremento de las ECNT se ve 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, con el desplazamiento de la población del medio rural al urbano y con los cambios en los estilos de vida asociados a la modernidad (Frenk et al. 1991b; Lozano et al. 1990; Lozano et al. 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*],¹⁹ 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 en Narro, Moctezuma y De la Fuente 2013), que se expresa en pobreza, marginación, exclusión, vulnerabilidad y pérdida de la cohesión social (Narro, Moctezuma y De la Fuente 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” (Fundación Mexicana para la Salud, Funsalud 2006, 22), suponen una carga social, económica y política considerable; comprometen los derechos ciudadanos a la salud.

Aunque los derechos sociales en México son constitucionales, las condiciones de posibilidad del ejercicio de derechos en salud no están plenamente garantizadas, sobre todo para los sectores más desprotegidos. Es cierto que hay avances, como lo destaca la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud 2006), pero no están cubiertas todas las necesidades de la población, pues “según el CONEVAL, 41 por ciento de la población nacional no tiene acceso efectivo a los servicios de salud, 65 por ciento no cuenta con cobertura de seguridad social” (Narro, Moctezuma y De la Fuente 2013, 19).

En los años noventa Frenk et al. observaron que el incremento de las ECNT se sumaba en el país a la persistencia de las enfermedades infecciosas, y que este panorama complejizaba la situación nacional en materia de salud, pues:

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 et al. 1991b, 450-457)

A este comportamiento lo llamaron “modelo prolongado y polarizado de la transición” (Frenk et al. 1991b, 450-457), por el traslape de enfermedades transmisibles (infecciosas) y no transmisibles (crónicas), lesiones y agresiones, así como de enfermedades emergentes (VIH/SIDA) y reemergentes (sífilis). Tendencias que se observan en diversos países y en el interior de cada país.

¹⁹ Las cursivas son nuestras.

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

En relación con el incremento de la morbilidad y de la mortalidad por EC, podemos decir que es otro reto para las personas, para el sistema de salud y para el país. De acuerdo con la OMS (2009b), la enfermedad cardiovascular impone “una carga económica considerable para los países de ingresos bajos y medianos” (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 efectivas²⁰ sean accesibles y asequibles, tanto para las personas que ya las sufren como para quienes tienen un riesgo elevado de padecerlas” (2).

Bajo estas circunstancias, hay que tomar en cuenta las observaciones de López-Arellano (2004) sobre la “paradoja socio-sanitaria”, que supone la implementación de políticas neoliberales en situaciones de vulnerabilidad estructural, puesto que mercantilizan la salud, contribuyen al deterioro de la infraestructura pública, manejan la salud bajo criterios gerenciales de eficiencia y eficacia que encarecen la atención, incrementan la exclusión y polarizan aún más el acceso a los servicios de salud mediante políticas focalizadas de “paquetes de salud”, para los sectores sociales más desprotegidos (López-Arellano 2004).

Como se aprecia con la información previa, los procesos de S/E/A son cambiantes en cada sociedad y en cada momento histórico, lo que debe tomarse en consideración para formular políticas sociales y reformas estructurales en el campo de la salud (Martínez y Leal 2003). En este sentido, la elección de modelos teóricos y conceptuales para estudiar la salud poblacional debe dar cuenta cabal de “las inequidades en salud y del papel de los determinantes sociales” (Rubén Gómez, 2001, 1); así como “las reformas sanitarias impuestas por los organismos internacionales a los países no industrializados” (1) deben tomar en cuenta el incremento en la carga de la enfermedad y en la mortalidad por EC, para implementar políticas y programas relacionados con la salud cardiovascular.

MORBILIDAD DIFERENCIAL DE LA EC ENTRE HOMBRES Y MUJERES

En el caso de la 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 saludablemente (Lozano et al. 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 ubicadas en estatus sociales y económicos de menor jerarquía, con limitaciones para participar en el desarrollo económico, modificar su entorno y tomar acciones con respecto a su salud. Estas situaciones contextuales son condicionantes estructurales que se tornan más determinantes para las mujeres en estado de 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 [el terreno de la] salud”²¹ (Fleury, Keller, Murdaugh 2000, 967).

²⁰ La expresión “intervenciones costo efectivas” se refiere a evaluar los beneficios de las estrategias utilizadas en salud contra los costos de las intervenciones.

²¹ Traducción de la autora.

En el estudio de la salud/enfermedad, Krieger (1994) propuso en los Estados Unidos superar el individualismo biomédico en los estudios sobre los estilos de vida, incluyendo las categorías “clase social”, “género” y “edad” –como ya se hacía con la categoría “raza”–, a la extensa producción acerca de “métodos epidemiológicos, susceptibilidad genética, y factores de riesgo en los estilos de vida” (898).²² También 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 (Krieger 1994) y no aportan a la resolución de las desigualdades de género.

No obstante, 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 trasladado de la salud poblacional a las recomendaciones individuales es la individualización de los riesgos y la descontextualización de las personas; los esfuerzos en el terreno de la salud se centran en la educación para cambiar hábitos y en la detección de la EC, más que en estrategias preventivas.

Para Cortés-Bergoderi et al. (2012), los factores de riesgo cardiovascular incluyen “obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y el tabaquismo” (131). En cambio, la investigación multicéntrica Interheart de América Latina (incluye siete países, entre ellos México) categoriza los riesgos atribuibles a la población en tres 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 la falta de consumo de frutas y verduras (Lanas et al. 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. (1072)²³

Asimismo reconocen que hay limitaciones en “el conocimiento sobre el impacto de la enfermedad coronaria en América Latina” (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 de diez años (Alfonso Reyes 2010). Esta información se tomó en cuenta para los criterios de selección de las mujeres a entrevistar durante el trabajo de campo. Pues la información previa marcaba 65 años como edad principal de inicio de la enfermedad en mujeres.

Lozano et al. (2013) 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 (en adelante AVISA)²⁴, 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 por ciento de la carga de los AVISA perdidos” (584).

Cabe señalar que en fechas recientes, Jørgensen et al. (2014) reportaron en Dinamarca resultados de una investigación sobre los efectos de los estilos de vida en la incidencia de enfermedad isquémica cardíaca.

²² La traducción es nuestra.

²³ La traducción es nuestra.

²⁴ 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.

Se trata de un estudio poblacional de casos y controles, con intervenciones en varios de los factores de riesgo cardiovascular y seguimiento a diez años. Dicho estudio incluyó 59 616 personas con diferente sexo y edad.

Este grupo de investigación reportó, en el momento del corte final, que no encontraron diferencias significativas en la incidencia de EC entre el grupo control y el de intervención. Concluyeron que los programas de detección de riesgo para la 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 exitosos porque no resuelvan 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, en hacer ejercicio físico periódicamente y evitar el tabaco. Consideran que enviar a la población a chequeos sistemáticos de salud, seguidos de consejos para cambiar estilos de vida, no es útil como programa de salud resolutivo de la EC, a menos que se acompañe de políticas públicas que hagan posible el acceso de la población a prácticas saludables diarias.

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, sin resolver desigualdades sociales estructurales; se tiende a responsabilizar a la población en general y la femenina en particular por enfermar y morir de EC.

En este contexto, y como la pesquisa partió 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 la [figura 3](#) se observan normas oficiales vinculadas a la EC.

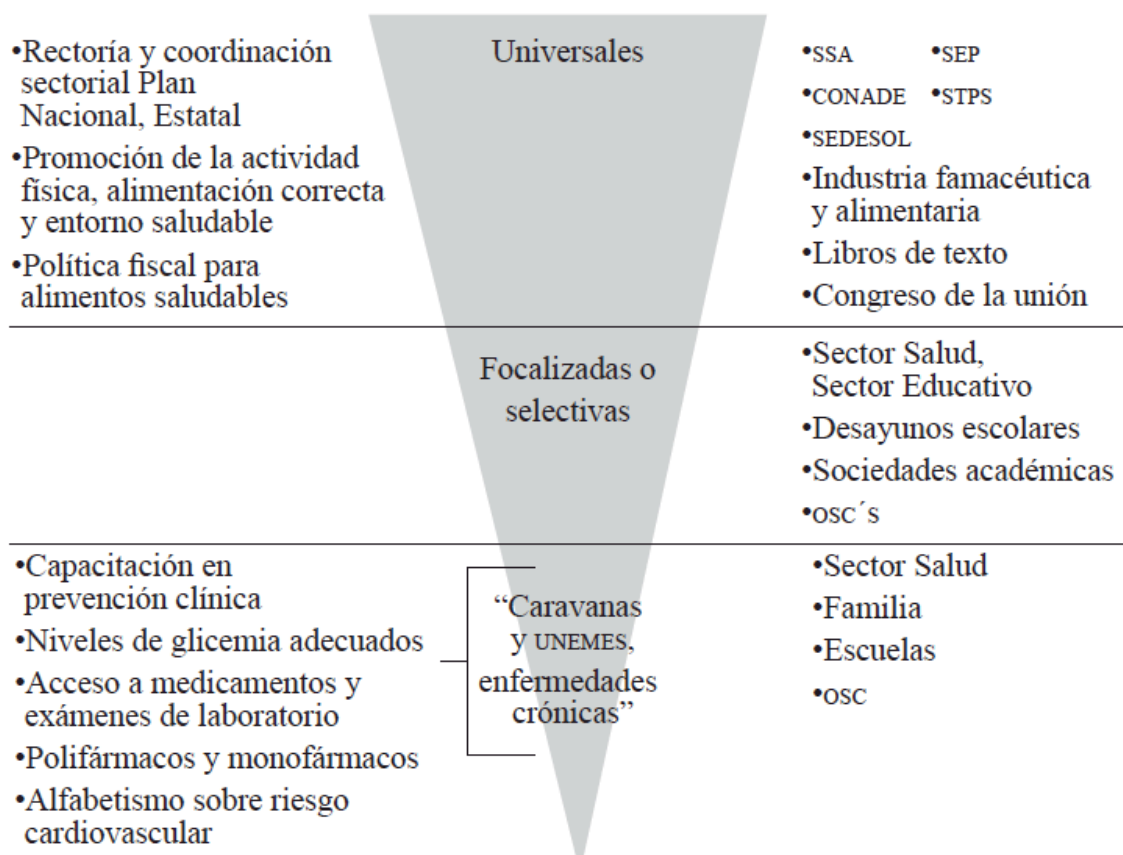
Figura 3. Normas oficiales mexicanas vinculadas a la prevención y control de la EC

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: Pablo Reyes (2013, 38).

En la [figura 4](#) se observa que la Secretaría de Salud publicó un plan de acción para prevenir el riesgo cardiovascular que se implementaría de 2007 a 2012. El plan contiene acciones específicas para diversos niveles gubernamentales (SSA, Plan de Acción Riesgo Cardiovascular 2007b), en el que involucra a diversos sectores e instituciones, aunque no disponemos de información acerca de su implementación y resultados.

Figura 4. Intervenciones y acciones intersectoriales.
El caso del sobrepeso, riesgo cardiovascular



Fuente: tomada de www.cenave.gob.mx/prograccion/cardio.pdf (2012).

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 los resultados publicados. Por ejemplo, *El imparcial* (2014), el periódico de mayor circulación del estado, en su versión digital, hizo un sondeo preguntando a los lectores y las lectoras si sabían cómo prevenir la enfermedad cardiovascular. Del total de votos obtenidos (368), 66.3 por ciento (244 votos) dieron 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 sugerente que podría tomarse como una referencia (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 (INEGI 2012; SS 2016).

La población total de Sonora, de acuerdo con los datos censales de 2010, es de 2 662 480 personas, y es el decimotavo estado más poblado del país. Aunque es una entidad de jóvenes –la mitad de los habitantes

tiene menos de 26 años—, también transita hacia el proceso de envejecimiento poblacional, al disminuir la tasa de fecundidad e incrementar la tasa de envejecimiento. La esperanza de vida en el estado es de 75 años, más alta en mujeres (78 años) que en hombres (72 años), y las ECNT constituyen las causas principales de muerte en el estado (INEGI 2013a). El municipio de Hermosillo concentra 29.4 por ciento de la población total del estado y es el más poblado; tiene 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 (Ayuntamiento de Hermosillo 2013).

En la [figura 5](#) se presentan algunas características de las instituciones seleccionadas para el trabajo de campo; todas están localizadas en la ciudad de Hermosillo:

Figura 5. 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 del Estado de Sonora (SSA).	Población abierta 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 dos unidades).*
Hospital General del Estado (HGE) “Ernesto Ramos Bours”. Red de unidades de la SSA.	Población abierta en el nivel estatal, zonal y personas afiliadas al Seguro Popular.	Hospital de especialidades médicas, cobertura estatal.
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 alta.**	Clínica que forma parte de la red de unidades médicas de ISSSTESON. Población amparada: 17 689 mujeres y 13 576 hombres. 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.

En cuanto a la escolaridad de la población que acude a estos servicios de salud, en la [figura 6](#) es posible observar algunas diferencias.

Figura 6. Características de la población de 25 años o más 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 o preparatoria trunca		46.80%
Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada	6.00%	22.61%
Escuela Normal de Licenciatura en Educación	8.40%	1.19%
Profesional	66.60%	1.19%
Maestría	14.60%	
Doctorado	4.40%	

Fuentes:

* Proyecto MIGSS. Los datos se refieren a la población amparada residente de la ciudad de Hermosillo.²⁵

** Encuesta del Centro de Salud Lomas de Madrid a la población de las área de influencia del Centro de Salud Lomas de Madrid y del Centro Urbano Primero Hermosillo en 2013.²⁶

En la [figura 6](#) se observa que mientras la población usuaria de unidades médicas de la SSA cuenta con menores grados de escolaridad, la población amparada por ISSSTESON cuenta con mayores grados de educación formal. Cabe señalar que las unidades médicas de la SSA se ubican principalmente en colonias populares, mientras que las de ISSSTESON están en urbanizaciones de clase media que tienen la seguridad social como prestación laboral porque tienen trabajo formal, ya sea de las mujeres o sus parejas, como lo señalaron en nuestra encuesta.

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

²⁵ Proyecto “Propuesta de implementación de un modelo integral de gestión en salud en el ISSSTESON” (MIGSS): investigación evaluativa, consultoría y planeación conjunta, en convenio con ISSSTESON y el COLSON. Se agradece al doctor Armando Haro Encinas, director del proyecto, la autorización para el manejo de los datos.

²⁶ Se agradece al director y a la jefa de Investigación del Centro de Salud Lomas de Madrid, por la autorización para utilizar estos datos. Cabe señalar que la encuesta se aplicó en los hogares por la mañana, principalmente a mujeres (81 por ciento). 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.

III

METODOLOGÍA

Considerando que en el país se ha soslayado el estudio de la EC en las 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 de la investigación fue generar información que proporcionara aportes para la mayor y más 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 por las miradas sociocultural y médica (Roberto Castro 2011), como es el caso de la EC en las 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 actoras y actores sociales, ante un problema de salud que no se visualizaba ligado al género.
- Tratar de comprender un fenómeno en el cual estábamos implicadas como humanas, y comprometidas como mujeres investigadoras.

Cabe aclarar que el diseño de la investigación es predominantemente cualitativo, con complementariedad cuantitativa, en el que se aplica 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 en 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 al personal médico, y la guía se elaboró con base en temas principales y los que se identificaron en las fases anteriores, con el fin de complementar la información.

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

El objetivo de la encuesta²⁷ fue analizar la información y la percepción que tenían las mujeres sobre la EC, sobre sus prácticas de cuidados y el reconocimiento del derecho a la información en salud. Asimismo se preguntó en el cuestionario sobre las principales enfermedades femeninas. Esta herramienta metodológica constituyó 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 SPSS²⁸ y EPIDAT VERSIÓN 3.1.

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, considerando que esto podría marcar el inicio de la recepción de mensajes y recomendaciones médicas sobre prácticas de cuidados (biomédicos) para la salud.

- Usuarías de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora (SSA).
- Mujeres derechohabientes (amparadas bajo la prestación social laboral propia o de su cónyuge) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado de Sonora (ISSSTESON), que acudían a la clínica Centro Integral de Atención a la Salud (en adelante CIAS SUR).
- Profesoras-investigadoras y estudiantes de posgrado de El Colegio de Sonora (COLSON).
- Estudiantes universitarias de la universidad pública (Universidad de Sonora).

Criterios de exclusión

Mujeres menores de 18 años

La muestra

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

La encuesta

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

²⁷ Para la encuesta se tomaron como referencias las aplicadas por Tajer et al. (2014a) y TNS Gallup (2010).

²⁸ Las siglas SPSS significan: Statistical Package for the Social Science (*Paquete Estadístico para la Ciencia Social*).

Consta de 41 ítems, organizados en siete apartados (véase el [“Anexo 2”](#)) que contienen las siguientes variables:

- Información de las mujeres sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC y su propio riesgo coronario.
- Percepción de las mujeres acerca del principal problema de salud y de la causa de muerte en la 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 hubiesen realizado 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 que la EC sea prevenible.

Para el análisis, y tomando en cuenta que además de las diferencias biológicas hay condicionantes socioculturales y de género que conforman vulnerabilidad coronaria diferencial en el interior del colectivo femenino, se reagrupó –operativamente– a las mujeres encuestadas en “vulnerables” y “no vulnerables”.

“Vulnerables”

Este grupo comprende a las usuarias de SSA y jóvenes universitarias. Se encuentran en este grupo las primeras porque acudían a servicios médicos para la población en vulnerabilidad, tenían menos escolaridad (13 por ciento con licenciatura terminada o en curso), vivían en colonias populares, y porque carecían en su mayor parte de trabajos remunerados. Las jóvenes universitarias se consideraron vulnerables al menos en tres dimensiones relacionadas con su edad: vital (posición en el ciclo de vida), institucional (relaciones de poder asimétricas con el adulto) y por su inserción socioeconómica, además de que las mujeres jóvenes suelen tener menos contacto con los servicios de salud y se encontró que eran las menos informadas sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC.

“No vulnerables”

Este grupo comprende a las derechohabientes de la seguridad social (ISSSTESON), con base en que tenían más grados de escolaridad (55.5 por ciento con licenciatura), acceso a la seguridad social y al trabajo formal (propio o de la pareja). También comprende a las mujeres de El Colegio de Sonora, a quienes se aplicó la encuesta porque es una institución educativa de posgrado. En este caso la encuesta se aplicó únicamente a profesoras-investigadoras y a las alumnas de posgrado.

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. Entre los dos grupos de mujeres se estimó la probabilidad de percepción de los estresores de género, y las diferencias en la identificación de los mismos. También se estimaron las diferencias en las prácticas de cuidado de la salud de las mujeres con y sin información sobre el 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). Mientras que la media de edad de las derechohabientes de ISSSTESON y las entrevistadas en el COLSON era de 44 y 42 años, respectivamente, la de las usuarias de SSA y las jóvenes universitarias era de 39 y 21 años, respectivamente.

En relación con la escolaridad, las usuarias de la SSA no sólo tenían menos niveles educativos que las derechohabientes de la seguridad social, como se comentó previamente, sino que esta situación persistía al compararlas con los otros dos grupos de mujeres encuestadas, esto es, las jóvenes universitarias, y las encuestadas en el COLSON, quienes además poseían los mayores grados de escolaridad.

En cuanto a la situación laboral, las mujeres ocupadas en empleos remunerados eran principalmente las derechohabientes de la seguridad social y las mujeres del COLSON, mientras que las usuarias de la SSA se *autoidentificaron* en mayor proporción como amas de casa, y pocas señalaron tener un empleo remunerado. De las mujeres, 31.4 por ciento tenían empleos remunerados, 50 por ciento de ellas consideraron que sus empleos eran de mediana responsabilidad y 38.6 por ciento dijeron que era de alta responsabilidad. De las mujeres encuestadas, 30.7 por ciento 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 algunas 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 recurrían con mayor frecuencia a la medicina privada. Las usuarias de la SSA tenían acceso a los servicios médicos de esta institución a través del Seguro Popular, y las estudiantes universitarias iban preferentemente al IMSS.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

LAS MUJERES CON EC ENTREVISTADAS EN PROFUNDIDAD

Las entrevistas en profundidad tuvieron el objetivo de dar voz a las mujeres para identificar particularidades de género de la EC en las mujeres; mostrar cómo ellas vivían sus experiencias 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, en el rango de edad de 30 a 85 años. La franja etaria se decidió considerando el comportamiento crónico de la enfermedad y para contar con entrevistadas afectadas por cardiopatía isquémica con infarto (IAM) y sin infarto (angina de pecho).

Criterios de exclusión

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

Estrategias metodológicas

En el grupo de las mujeres entrevistadas se tomó en cuenta la edad, que tuvieran diagnóstico de EC, acceso a distintos tipos de servicios de salud y criterios coincidentes con los de la encuesta. Se incluyeron mujeres que laboraban en la economía formal, en la informal, en el hogar, con distintos niveles de escolaridad y de estratos socioeconómicos medio y bajo.

Se contactó a las entrevistadas 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). Se conoció a las primeras a través de la encuesta, en un grupo de autoayuda para hipertensión y diabetes, y en las áreas de consulta externa de las unidades médicas participantes. Ese grupo incluye a dos trabajadoras del sector de la salud afectadas de EC. El número de entrevistas se decidió con base en el 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 (Taylor y Bogdan 1987).

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación, todas las entrevistas se realizaron bajo consentimiento informado. La participación fue voluntaria, gratuita y confidencial, y se ofreció a las participantes la posibilidad de suspender las sesiones en cualquier momento sin que hubiera ningún tipo de repercusión. Se entregó una copia del consentimiento informado como constancia de participación, con datos de localización de la investigadora, de la directora de tesis y de el COLSON (véase el [“Anexo 1”](#)). Se grabaron las entrevistas con permiso expreso de cada entrevistada, y la propia investigadora las transcribió. Las transcripciones tienen en promedio entre treinta y cuarenta cuartillas por entrevista. Se utilizaron seudónimos para tratar los datos y garantizar el anonimato de las mujeres y del personal médico entrevistado. La guía de entrevista se basó en temas nodales del problema, así como en los temas principales que se identificaron en la encuesta.

En el análisis se utilizaron técnicas de la teoría fundamentada, con la lectura detallada del contenido de las respuestas, la identificación de núcleos de significados, la construcción de códigos y la comparación de las expresiones de las entrevistadas. De este modo se generaron temas y subtemas para dar sentido a los ejes de análisis principales, situados contextualmente (Strauss y Corbin 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 calidad de actoras sociales, es reconocer que el discurso es un modo de comunicación y una representación del mundo, que se genera contextualmente y que 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 relaciones de poder y desigualdades de género; esto se expresa en las narrativas de las mujeres entrevistadas.

Características principales de las mujeres entrevistadas

Para identificar a las nueve mujeres que participaron en las entrevistas en profundidad, en la [figura 7](#) se presentan algunas de sus características principales.

Figura 7. Características generales de mujeres con EC que participaron en la investigación

Seudónimo y edad	Escolaridad	Estrato socio-económico	Servicio médico	Trabajo	Tiempo entre diagnóstico y entrevista
Elsa 80 años	Primaria	Medio-medio alto	Privado ISSSTE	Ama de casa, bisutería	Angina de pecho (1 año 6 meses)
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	Medicina Posgrado	Medio	ISSSTESON ISSSTE	Jubilada/ condicionada	IAM (2 años)
Emma 55 años	Carrera técnica	Bajo	Seguro Popular	Ama de casa	Angina de pecho (8 años)
Minerva 55 años	Primaria	Bajo	Seguro Popular*	Economía informal	Infarto (8 años)
Josefina 75 años	Primaria inconclusa	Bajo	Seguro Popular, IMSS	Empacadora de supermercado	Angina de pecho (1 año 5 meses)
Patricia 85 años	Sin primaria	Bajo	Seguro Popular	Economía de subsistencia	Infarto cardíaco (no especificado)
Gabriela 62 años	Lee poco, no escribe	Bajo	Seguro Popular	Empacadora de supermercado	Angina de pecho (8 años)

* Seguro Popular: Se atienden en las instalaciones de la SSA.

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

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 mujeres– para acercarnos a las experiencias de las mujeres con EC.

En rasgos generales, encontramos que las mujeres con más de sesenta años de edad (de 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. Aunque era derechohabiente de una institución pública (cónyuge jubilado), recurría frecuentemente a la medicina privada. Padece de diversos problemas de salud: un tumor carotídeo, problemas serios de la columna vertebral, hipertensión arterial, infecciones urinarias crónicas y angina de pecho. Había trabajado en su domicilio elaborando vestidos y comidas. Cuando la entrevistamos se dedicaba a hacer joyería de bisutería como medio para desarrollar su creatividad y también para percibir ingresos.

Patricia habitaba en una colonia popular del norponiente de la ciudad y apenas sabía escribir su nombre y no sabía leer, aunque siempre había soñado con aprender a leer y a escribir porque –en sus palabras– “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, subsistía elaborando algunos productos manuales de rafia y alimentos que llevaban sus hijas, quienes también vivían en condiciones adversas. Tenía muy poco contacto con el exterior y no recibía ayuda económica de su hijo, que había emigrado a los Estados Unidos muchos años antes de la entrevista. Ella estaba afiliada al Seguro Popular y se atendía en un Centro de Salud urbano (SSA); además del corazón, padecía de hipertensión arterial.

Por su parte, Josefina vivía con su cónyuge en una colonia popular del noreste de la ciudad. Por las mañanas cuidaba a dos nietos, para “ayudar” a su hija mayor, y por las tardes trabajaba empacando productos a la clientela de un centro comercial. Sus ingresos dependían de las propinas. En su infancia trabajó en labores agrícolas, luego como empleada doméstica y de limpieza. Tenía como meta que sus hijos “estudiaran una carrera para que no sufrieran tanto”, por eso había llevado a cabo jornadas laborales simultáneas. Se encargaba de la manutención de su casa, el cónyuge tenía una pensión muy baja que se “le va en el alcohol”, y ella tenía que “llevar las consecuencias” de haberse “endeudado” en los casinos. Aunque tenía derecho a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), debido a las experiencias negativas con esta institución se afilió al Seguro Popular, acudía a un Centro de Salud urbano (SSA) para recibir atención médica; padecía diabetes y angina de pecho.

Hacia el norponiente de la ciudad, en otra colonia popular, vivía Gabriela con su cónyuge, dos hijos, una nuera y dos nietos. Hablaba casi en susurros y pausadamente. Al iniciar la primera entrevista se mostró temerosa, pero después de hablarle sobre el tema de investigación, y explicar por qué se pretendía grabar la entrevista, dio su consentimiento, expresando, “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!”, en referencia a la compleja situación de violencia que se vive en el país y que en ocasiones dificulta 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, incluso cuando se “contesta el teléfono”, como expresó Gabriela. Ella sabía leer “un poco” porque había acudido al Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA). Después de una infancia difícil y huérfana de madre, a los 14 años salió de casa de su abuela con un hombre mayor que ella. Regresó embarazada y luego él se la llevó a punta de pistola, para abandonarla en otro pueblo de su estado natal. Trabajó como empleada doméstica y en el momento de la entrevista empacaba productos de la clientela en un supermercado. Nunca había gozado de prestaciones sociales laborales. El cónyuge

tenía trabajos eventuales durante los cuales se adscribían a la seguridad social, pero dada la informalidad y la precariedad de sus empleos, no tenía continuidad en el tratamiento de sus problemas de salud; padecía hipertensión arterial, diabetes y angina de pecho. Afiliada al Seguro Popular, acudía regularmente a un Centro de Salud urbano. Cuando la entrevistamos, acababa de acudir a sus primeras citas al servicio de Cardiología del HGE.

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 era médica especialista, con doctorado no terminado por restricciones impuestas por su jefe anterior. Estaba divorciada y vivía con sus dos hijas y un nieto, en casa propia. Estuvo empleada por más de treinta años en dos instituciones del sector público (de lunes a domingo) y en el medio privado, por las tardes, se encargaba también de las labores domésticas. Las jornadas que llevaba a cabo eran para sostener a su familia y “sacar adelante a mis hijas”. Con facilidad y gran emotividad, habló de su vida y de cómo su salud se afectó por la violencia de género, la injusticia laboral y la doble jornada. Narró que para cumplir con su roles de mujer, esposa, madre, trabajadora, se sometió a la *sobreexigencia* y a la sobrecarga. Era cliente frecuente de los casinos y consideraba que el cigarrillo y el juego fueron, en su momento, los “psicólogos” que le permitieron sobrellevar la realidad, hasta que padeció en forma súbita IAM, lo que cambió drásticamente sus actividades y su forma de ver la vida.

Respecto a Gloria, enfermera con dos posgrados, trabajaba en dos instituciones del sector salud cubriendo tres jornadas laborales (durante años trabajó también en el medio privado), a lo que sumaba el trabajo doméstico. Estaba pagando su casa, adquirida como prestación social laboral. Vivía con un hijo y una hija. Ella dijo que sus múltiples jornadas laborales tenían como meta “sacar a los hijos adelante”, y que uno de los detonantes principales del problema cardíaco fue “el sufrimiento moral”, por un matrimonio y divorcio difícil, y por “la adolescencia” de sus hijos. Una noche terminó su horario de trabajo hospitalizada en urgencias con un cuadro “inespecífico” y se le informó que tenía cambios electrocardiográficos compatibles con problema coronario.

Mientras que Lorena estaba jubilada del sector público, trabajaba en la elaboración de comidas caseras para completar sus gastos. Vivía en una colonia popular, en casa propia adquirida como prestación social. Separada por la infidelidad de su ex pareja, hacía frecuentes referencias al sufrimiento, a la soledad, y enfrentaba los reproches de la ex pareja por los “problemas” de uno de sus hijos, ya que la culpaba de “descuidarlo”. Padecía de diabetes y mucho tiempo fumó cigarrillos; tenía antecedentes maternos de EC, que ella atribuía a los problemas entre su madre y su padre. También narró que su madre le había “encargado” a sus hermanos y a sus hermanas, y que se había dedicado a ser su “cuidadora”. Consideraba que el detonante final de su infarto fue la enfermedad terminal de un hermano, pero no identificaba los factores de riesgo cardiovascular descritos desde la biomedicina, como sus antecedentes familiares, el tabaquismo y la diabetes, a pesar de su continuo acercamiento al discurso médico, como cuidadora de su madre, hermana de una enfermera y por su largo historial de consultas médicas.

Emma era una ama de casa que vivía en la zona poniente de la ciudad, en una colonia popular. Habitaba en casa propia con el cónyuge, una hija, el yerno y una nieta. En la misma propiedad había un taller mecánico, del que dependía la mayor parte de la economía familiar. El cónyuge tenía trabajos eventuales con accesos temporales al IMSS, por lo que no había continuidad en la prestación médica.

Padecía una enfermedad renal, y narró que hacía ocho años sintió “malestares” al “tender la ropa”, por lo que acudió unas semanas después a atención médica. Aunque leyó en los documentos del IMSS que tenía angina de pecho, no se le proporcionó información verbal sobre ese padecimiento, ni se le otorgaron citas subsecuentes relacionadas con este problema de salud sino hasta que se intensificaron los síntomas. En el

momento de la entrevista había acudido a su primera cita en el servicio de cardiología del HGE. A los problemas de acceso a los servicios de salud, se sumaba la precaria economía familiar, por lo que se le dificultaba seguir indicaciones médicas, por ejemplo, apegarse a las dietas sugeridas ante “la carestía de los alimentos” y pagar estudios de gabinete.

Minerva creció junto a su abuela materna que estaba enferma del corazón. Desde temprana edad quedó a cargo de las labores domésticas, que incluían el acarreo de pesadas cubetas de agua. Estudió la escuela primaria, se casó y emigró del campo a la ciudad. Junto al que fue su cónyuge y dos hijas, trabajó en una pequeña “empresa familiar”, vendiendo diversos productos de casa en casa por más de veinte años, sin horarios laborales ni prestaciones de ley. El dinero llegó sólo a las manos de su ex pareja, quien “permitió” que las hijas estudiaran la primaria, mientras el hijo varón pudo estudiar una carrera profesional. Cuando el cónyuge se marchó de la casa, ella retomó la economía informal para “mejorar la casa y demostrar” que podía salir adelante. Padecía de hipertensión arterial, diabetes y había estado hospitalizada en dos ocasiones por problemas cardíacos. Decidió afiliarse al Seguro Popular y acudía a un grupo de ayuda en las instalaciones del Centro de Salud.

Cabe resaltar que todas y cada una de estas nueve 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 propias 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.

La intención fue 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 en las mujeres, y cuáles son las decisiones que en su opinión tienen derecho a tomar las mujeres con EC.

Criterios de inclusión

Médicos y médicas que laboraran en instituciones de primer y segundo nivel a donde acudían las mujeres por atención, con diferentes grados académicos, y que tuviesen actividades directas en la atención médica de pacientes.

Criterios de exclusión

Personal médico de especialidades diferentes de 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. Se conformaron los siguientes ejes:

- Percepción del personal médico sobre la información que tienen las mujeres acerca de la EC en 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 en las mujeres.
- Información acerca de decisiones y derechos de las mujeres en su calidad de pacientes.

La propia investigadora transcribió las entrevistas, con un promedio de entre 10 y 15 cuartillas por entrevista. 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 nuevos 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 los directivos de las instituciones. Posteriormente se identificaron informantes claves 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 la [figura 8](#) se contemplan algunas características generales del personal entrevistado, como su edad, tiempo de ejercicio de la medicina y especialización.

Figura 8. Médicos y médicas participantes en las entrevistas semiestructuradas

Pseudónimo	Edad	Tiempo de ejercicio	Grado de estudios
Sergio	58 años	26 años	Cardiología intervencionista
Leticia	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: elaboración propia. Entrevistas semiestructuradas a médicos y médicas en Hermosillo, 2014.

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, y en el manejo de los datos se utilizan seudónimos.

En el trabajo de campo se constató que las mujeres estaban interesadas en participar en temas relacionados con la salud. Tenían disposición tanto para contestar el cuestionario de la encuesta como para narrar sus experiencias en las entrevistas en profundidad.

Durante la aplicación de la encuesta se observaron algunas diferencias entre ellas, que dependían del motivo de su presencia en los servicios médicos, la edad y el tipo de institución (médica o escolar) a la que acudían. Sin embargo, la mayoría de las mujeres a las que se les solicitó su participación, accedieron 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 este argumento daban su anuencia, y se observó cómo, a medida que contestaban el cuestionario, expresaban comentarios adicionales acerca de experiencias con la EC adquiridas sobre todo a través de las familias y amistades. También mostraron su interés para responder todas las preguntas, aunque hacerlo significase en ocasiones reconocer con timidez que no sabían o se les dificultaba leer. En esos casos la investigadora o su asistente (capacitada previamente) aplicaba la encuesta.

Las estudiantes universitarias se enfocaban en contestar cada pregunta como si fuese 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 porque acompañan a sus familiares.

En cuanto a las entrevistas en profundidad, la primera dificultad fue la localización de las 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 que ellas escogieron. Participaron con gran apertura, por lo que hubo momentos en que expresaban sentimientos tan profundos, que ponían de manifiesto lo cercano que están el corazón y los sentimientos en el imaginario, pues solamente nombrarlo evocaba otras vivencias y no únicamente 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, puesto que 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 la investigada y la investigadora que enriquecieron 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. Se tuvo la oportunidad de clarificar y contrastar los datos con los que se habían obtenido a través de las otras herramientas metodológicas. Si bien la información que se obtiene de las entrevistas depende de la guía de entrevista y de la interacción entre la persona entrevistada y la entrevistadora, también intervinieron la situación, la actuación y las características del personal al que se entrevistó. En este sentido, se cuidaron aspectos éticos y de privacidad, tratando de controlar sesgos en el momento de recoger la información.

Un aspecto que se consideró desde la planeación de la investigación, fue mi propia formación médica en el acercamiento con colegas médicos y médicas. Esto me supuso un cambio previo de lentes, y una ruptura, a la manera de Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) con las configuraciones interiorizadas en la formación profesional y encarnadas en el *habitus médico profesional*, para que fuera posible identificar,

reflexionar y superar atavismos relacionados con la construcción biomédica de las enfermedades y de las pacientes. El principal cambio se relaciona con la ampliación de perspectiva para tratar de evitar el reduccionismo biológico y los juicios de valor hacia las *mujeres-pacientes* que, como evidenció Roberto Castro (2014a), se incorporan al *habitus médico* como un currículo oculto que era necesario desvelar y reconocer. Pero el reduccionismo biológico es una parte del sesgo que se tenía que evitar durante el proceso de investigación.

El otro es 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 mi pertenencia al gremio médico, se decidió que el trabajo de campo se realizara en lugares que brindan servicios médicos donde no habían existido relaciones laborales. Sin embargo, ser parte del gremio fue una ventaja en el contacto con las instituciones de salud y facilitó también la apertura del personal médico, tal vez porque el personal consideraba que era menos amenazante que alguien que forma parte de su grupo les entrevistara, dada la resistencia que a veces se observa en el personal de salud cuando se investiga con 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 a quienes se les aplicó la encuesta y a quienes se entrevistó. Para la investigadora fue evidente no sólo la disposición de las mujeres para ser entrevistadas, sino también la acogedora recepción de que era objeto al llegar a las casas: ofrecieron agua y tazas de café. También se vivieron momentos intensos y difíciles que requirieron de contención, pues la relación simbólica entre el corazón y los sentimientos está tan profundamente interiorizada que al preguntar sobre los problemas cardíacos se obtiene como respuesta casi inmediata los sentimientos, los problemas y las emociones vivenciados alrededor de la enfermedad cardíaca, y sus historias de vida.

La investigación cualitativa, debido a que es un encuentro cara a cara, lleva no sólo a tener influencias mutuas, sino también a una identificación de género a través de mirarse y encontrarse en la otra.

IV

LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES Y DE LA EC EN LAS 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 a una muestra representativa de la población femenina en Hermosillo, Sonora, con la finalidad de obtener una visión general, aproximativa, de un problema de salud poco estudiado en el país. El cuestionario se estructuró en siete apartados, que cubrieron 41 ítems (véase el [“Anexo 2”](#)), y las variables se trabajaron mediante tablas descriptivas para revelar la significancia de los datos, las cuales se relacionaron entre sí y se analizaron con base en los conceptos explicitados en el capítulo de marco teórico y con los conceptos emergentes identificados en los datos.

En el capítulo se abordan los siguientes temas:

- Información que tenían las mujeres sobre la EC.
- Percepción sobre los problemas de salud que les atañen.
- Cuál es la figura –masculina o femenina– que identificaban con la EC.
- Conocimiento acerca de las enfermedades del corazón.
- Prácticas de cuidados relacionadas con indicaciones médicas.
- Vulnerabilidad, estresores y satisfactores de género.
- Reconocimiento del derecho a la información sobre la salud.

Como señalamos antes, para el análisis se reagrupó a las mujeres encuestadas en “vulnerables” y “no vulnerables”: las primeras incluyeron usuarias de SSA y jóvenes universitarias. En el grupo de las “no vulnerables”, se incluyeron mujeres con posgrado y derechohabientes de la seguridad social.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

En la [figura 9](#) se presentan los resultados generales sobre la información y la percepción de las mujeres acerca de los problemas de salud de las mujeres y de la EC.

Se observa que sólo 2.9 por ciento del total de las mujeres encuestadas señalaron la EC como principal problema de salud en las mujeres; pero identificaron en primer lugar el cáncer de mama (33.6 por ciento), seguido del estrés (18.6 por ciento) y la diabetes (17 por ciento). También señalaron con mayor frecuencia a los hombres (40.7 por ciento) que a las mujeres (22.9 por ciento) como quienes padecen enfermedad coronaria.

En la misma [figura 9](#) se aprecia que una proporción considerable de las mujeres desconocía cuál era su propio riesgo de padecer EC (58.6 por ciento), y no tenía información sobre cómo reducir el riesgo coronario (51.4 por ciento); una alta proporción (73.6 por ciento) contestó que “sí” se percibía en riesgo de padecer EC. 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 [figura 9](#) que 50 por ciento de las encuestadas identificaron el cáncer de mama y, aunque aumentó la selección de la EC (11.4 por ciento) 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 por ciento).

Figura 9. Información de las mujeres acerca de la salud de mujeres y de la EC.
Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

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
Autopercepción 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 cervicouterino	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 cervicouterino	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. Autopercepción del riesgo coronario:		
	Sí	103	-73.6
	No	14	-10.0
	No sabe	23	-16.4
	4. Figura que identifican con la enfermedad cardíaca:		
	Hombre	57	-40.7
Mujer	32	-22.9	
No sabe	51	-36.4	

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

En la [figura 10](#) se observa el comportamiento de esta misma variable (causa de muerte en las mujeres) de acuerdo con el grupo de pertenencia.

Figura 10. Causas principales de muerte en mujeres, de acuerdo con las propias mujeres. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

	Mujeres no vulnerables n=48 (%)		Mujeres vulnerables n=92(%)		P
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
No sabe/no contesta	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 el cáncer de mama ($p=0.03$) y con menor frecuencia a la EC ($p=0.01$) que las no vulnerables (véase la [figura 10](#)). En ambas enfermedades las diferencias entre los dos grupos son estadísticamente significativas. Estos datos muestran que se señala más la EC como causa de muerte que como problema de salud; y que la EC es menos visible para las mujeres vulnerables que para las no vulnerables. Por lugares de aplicación, observamos que las jóvenes universitarias contribuyeron considerablemente a la conformación de este porcentaje más alto, pues fueron las que más señalaron el cáncer de mama como la primera causa de muerte en las mujeres. Enfatizamos que el cáncer de mama es objeto de amplias campañas por parte del sector de la salud y los medios masivos de comunicación.

También se exploró si consideraban que había un etapa en la vida de las mujeres en que se incrementa el riesgo de padecer EC (véase la [figura 11](#)).

Se aprecia que la mayoría de las encuestadas señalaron que se incrementa el riesgo de las mujeres de padecer EC después de los 35 años y después de la menopausia, mientras que un porcentaje considerablemente menor identificó que se incrementa el riesgo después de los 65 años y que éste 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”; encontramos que 59.3 por ciento de ellas señaló estar “en desacuerdo” con dicha aseveración, sin diferencias significativas entre los grupos. Esto reafirma que un porcentaje considerable de las mujeres encuestadas se *autopercebía* en riesgo de padecer EC.

Figura 11. Etapa de la vida en que aumenta el riesgo de padecer EC. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

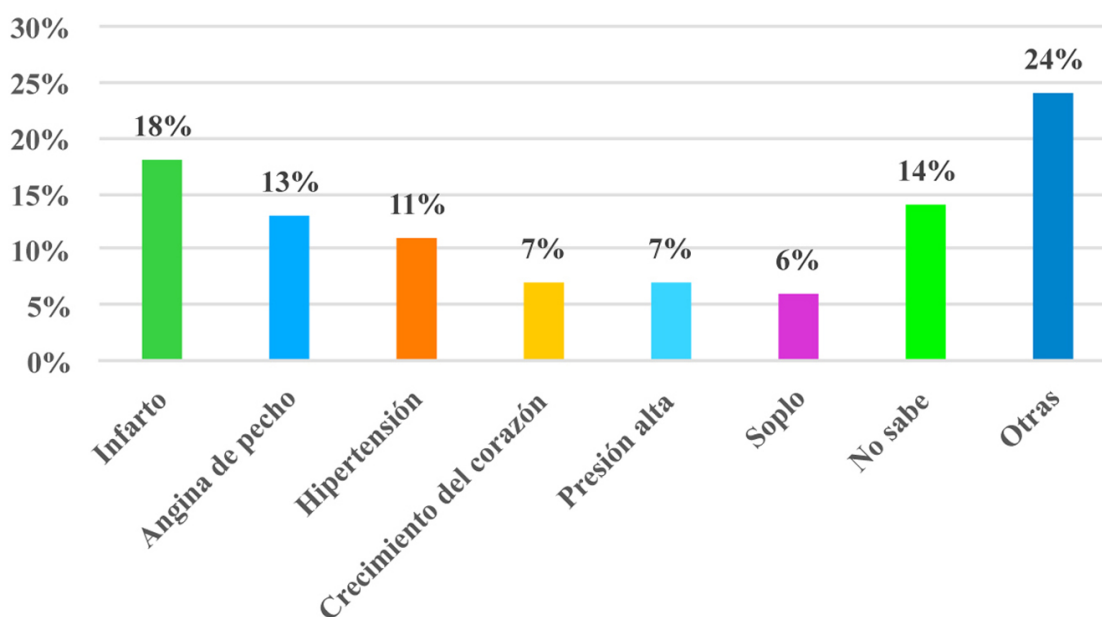
Riesgo de padecer EC	Mujeres no vulnerables n=48 (%)		Mujeres vulnerables n=92 (%)	
De los 35 años en adelante	15	-31.2	18	-19.5
Después del climaterio/menopausia	10	-20.8	18	-19.5
Después de los 65 años	8	-16.6	6	-6.5
A lo largo de toda la vida	6	-12.5	14	-15.2
De los 25 años en adelante	6	-12.5	14	-15.2
No sabe/no contesta	–		2	-2.1

Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDÍACAS

En la [figura 12](#) se observa que las mujeres identificaron como principales enfermedades del corazón el infarto, la hipertensión arterial y la angina de pecho; 14.3 por ciento de ellas no respondió al ítem. No hubo diferencias entre ambos grupos. Asimismo se exploró si sabían que las mujeres también podían padecer EC (véase la [figura 13](#)).

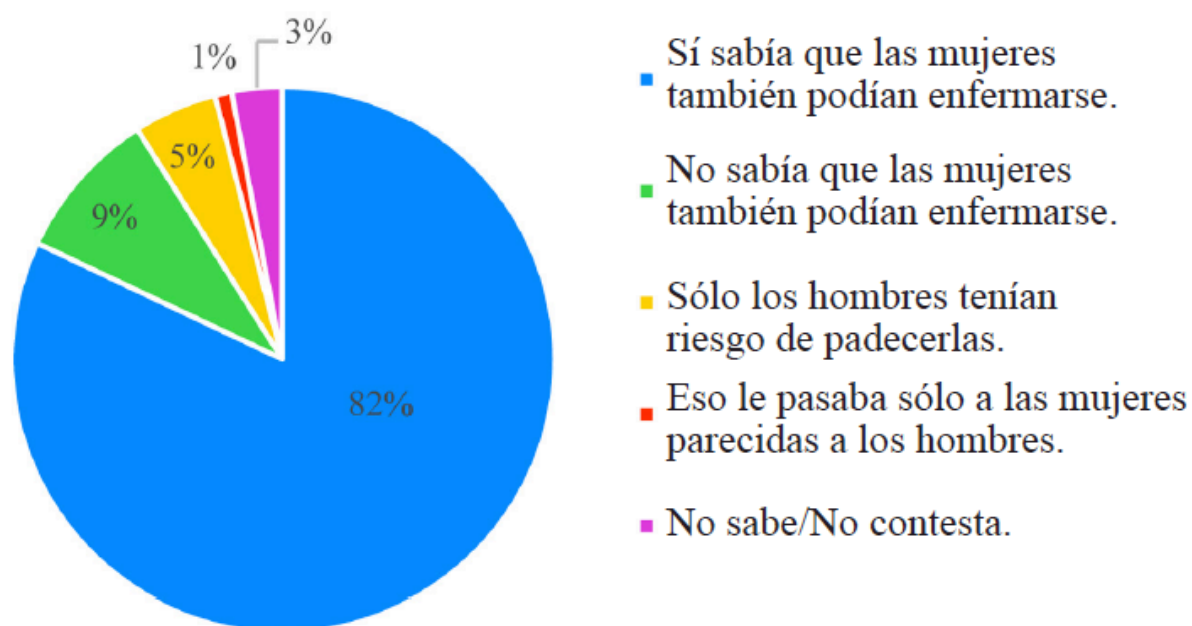
Figura 12. Identificación de problemas del corazón. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014



Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

En la [figura 13](#) se observa que 82.1 por ciento de las encuestadas sí sabía que las mujeres también podían padecer EC, pero 18 por ciento no lo sabía, ya fuese porque no tenía esta información, porque creyera que sólo los hombres la padecían, que sólo le pasaba a las mujeres parecidas a los hombres, o porque no supo o no pudo contestar el ítem. Aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos de vulnerables y no vulnerables, sí se observó que ese 18 por ciento de las mujeres que no sabía que las mujeres también padecen EC estaba conformado principalmente por usuarias de los servicios médicos de la SSA.

Figura 13. Conocimiento de que las mujeres también podían padecer EC. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

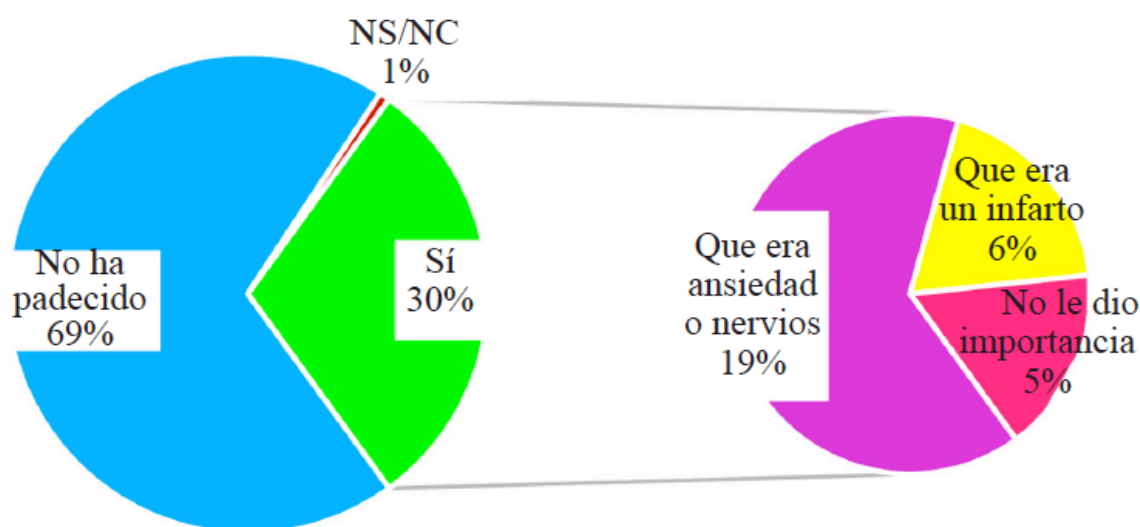


Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Se exploró si las mujeres encuestadas habían padecido al menos un episodio de dolor de pecho fuerte que les llamara la atención (véase la [figura 14](#)).

Se aprecia que 30 por ciento de las mujeres (42) había padecido al menos en una ocasión dolor de pecho antes de responder la encuesta; 64.3 por ciento de ellas lo atribuyó a los nervios o a la ansiedad, 19 por ciento pensó en un infarto y 16.7 por ciento no le dio importancia. Se interrogó acerca de los malestares que identificaban como posible problema cardíaco.

Figura 14. Identificación de la causa del dolor de pecho.
Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014



Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Se observa en la [figura 15](#) que 43.6 por ciento de las mujeres identificó el dolor de pecho como el malestar principal de la EC, tal cual sucede en los 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 IAM, siendo que éste es el cuadro más descrito por las mujeres.

Figura 15. Identificación de síntomas como ataque al corazón.
Hermosillo, Sonora, México.
Agosto 2013 a diciembre 2014

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: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Figura 16. Percepción de las mujeres del estrés y sus causas.
(Poniéndole nombre al estrés). Hermosillo, Sonora,
México. Agosto 2013 a diciembre 2014

Factores de vulnerabilidad coronaria	Mujeres vulnerables n=92(%)		Mujeres no vulnerables n=48(%)		OR Odds Ratio	IC 95% (intervalo de confianza)	P (significancia)
Problemas económico-laborales							
Sí	55	-59.78	34	-70.83			
No	19	-20.65	13	-20.08			
Sí + No*	74	-80.43	47	-97.92	11.43	(1.48; 88.5)	0.002
NS / NC **	19	-20.65	1	-2.08			
Problemas con la pareja							
Sí	49	-53.26	29	-60.41			
No	24	-26.08	18	-37.50			
Sí + No	73	-79.35	47	-97.92	12.23	(1.58; 94.4)	0.001
NS/NC	19	-20.65	1	-2.08			
Necesidad de cumplir con todo							
Sí	43	-46.73	33	-68.75			
No	31	-33.69	14	-29.16			
Sí + No	74	-80.43	47	-97.92	11.43	(1.48; 88.5)	0.002
NS/NC	18	-19.57	1	-2.08			
Falta de tiempo libre							
Sí	42	-45.65	38	-79.16			
No	32	-34.78	19	-39.58			
Sí + No	74	-80.43	47	97.92)	11.43	(1.48; 88.5)	0.002
NS/NC	18	-19.57	1	-2.08			
Problemas con los hijos y las hijas							
Sí	47	-51.08	31	-64.58			
No	27	-29.34	16	-33.33			
Sí + No	74	-80.43	47	-97.92	11.42	(1.48; 88.5)	0.002
NS/NC	18	-19.57	1	-2.08			
Problemas con los padres							
Sí	43	-46.73	27	-56.25			
No	31	-33.69	20	-41.66			
Sí + No	74	-80.43	47	-97.92	11.42	(1.48; 88.5)	0.002
NS/NC	18	-19.57	1	-2.08			

Los factores no son excluyentes entre sí.

* Se suman para hacer comparaciones con la variable NS/NC.

** NS/NC=No sabe/no contesta.

Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Como se comentó previamente, cuando exploramos acerca de los principales problemas de salud de las mujeres, se evidenció que el estrés se ubicaba en el lugar número dos de los problemas enlistados (véase la [figura 9](#)). A este resultado se agrega que una proporción alta de mujeres consideraba que el estrés se relaciona con el infarto (80.7 por ciento). La mayoría señaló que el nivel de estrés en la vida de las mujeres es alto (84.3 por ciento), pero 34 por ciento no supo señalar cómo era el nivel de estrés en su propia vida; 9 por ciento contestó que éste era alto; 29 por ciento, que era medio; y 28 por ciento, que era bajo. Tomando en cuenta que el estrés se menciona en la literatura sobre EC como uno de los factores psicosociales de riesgo cardiovascular (Cortés-Bergoderi et al. 2014), y que puede modificar la sobrevida después del infarto (Orth-Gomér et al. 2000; Orth-Gomér 2009), consideramos importante darle nombre, identificando estresores de género presentes en la vida cotidiana de las mujeres (Tajer et al. 2014a). Por esa razón se solicitó a las mujeres encuestadas señalar y priorizar cuál o cuáles de los seis problemas enlistados eran causas de estrés en la vida de las mujeres. Un primer resultado, que llamó la atención, fue que 48.65 por ciento de las encuestadas seleccionó conjuntamente los seis estresores. En la [figura 16](#) se observa el comportamiento de éstos entre las mujeres vulnerables y las no vulnerables.

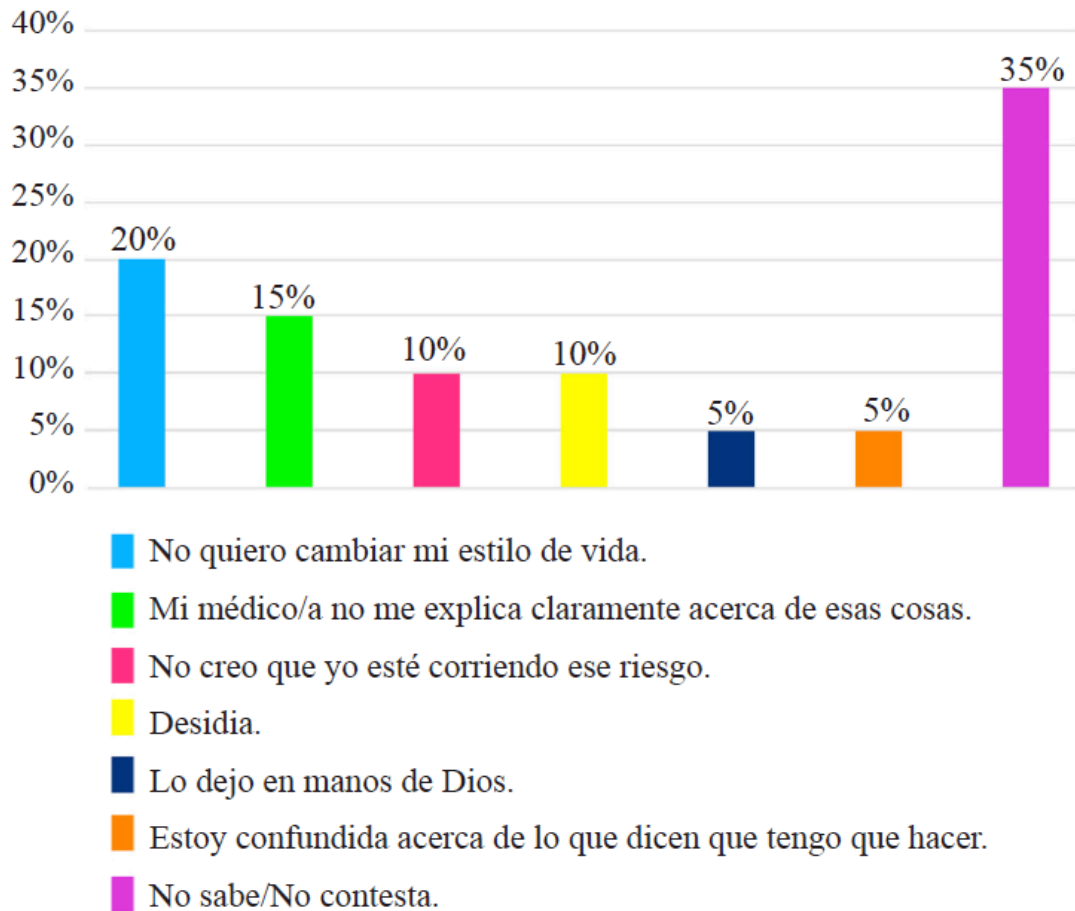
Tal como se observa en la [figura 16](#), con mayor frecuencia las mujeres vulnerables no pudieron o no supieron manifestarse sobre las causas de estrés que las no vulnerables en todos los estresores enlistados ($p < 0.01$). Consideramos que, ya sea por desconocimiento o por temor, la falta de identificación de estos estresores de género puede estar reflejando la mayor dificultad de las mujeres vulnerables para reaccionar en la vida y que esto incrementa su vulnerabilidad, fragilizándolas.

LAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS

Acerca de las prácticas de cuidados, 48.5 por ciento de las mujeres encuestadas señaló que había recibido alguna información 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, 21 por ciento señaló que no había seguido dichas recomendaciones por diversos motivos, como se observa en la [figura 17](#).

En la [figura 17](#) se aprecia que 35 por ciento de las mujeres informadas no seleccionó ninguno de los motivos enlistados, mientras que 10 por ciento señaló que no había seguido las indicaciones por “desidia”, es decir se *autoculpabilizaron*; 20 por ciento seleccionó la frase “No quiero cambiar mi estilo de vida” y esta respuesta fue la más frecuente entre las jóvenes universitarias. De las encuestadas, 15 por ciento consideró que la explicación recibida por parte de su médico o de su médica no había sido clara. A este porcentaje hay que agregar 5 por ciento que dijo sentirse “confundida acerca de lo que debería hacer”. Ambas respuestas expresan problemas de comunicación con el personal médico acerca de la información que habían recibido sobre este problema de salud. De las mujeres encuestadas, 10 por ciento seleccionó la opción “No creo que yo esté corriendo ese riesgo”; y 5 por ciento respondió que no había seguido las recomendaciones porque eso lo dejaban “en manos de Dios”. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, pues el tamaño de la muestra 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 (véase la [figura 18](#)).

Figura 17. Motivos para no seguir indicaciones.
 Hermosillo, Sonora, México.
 Agosto 2013 a diciembre 2014



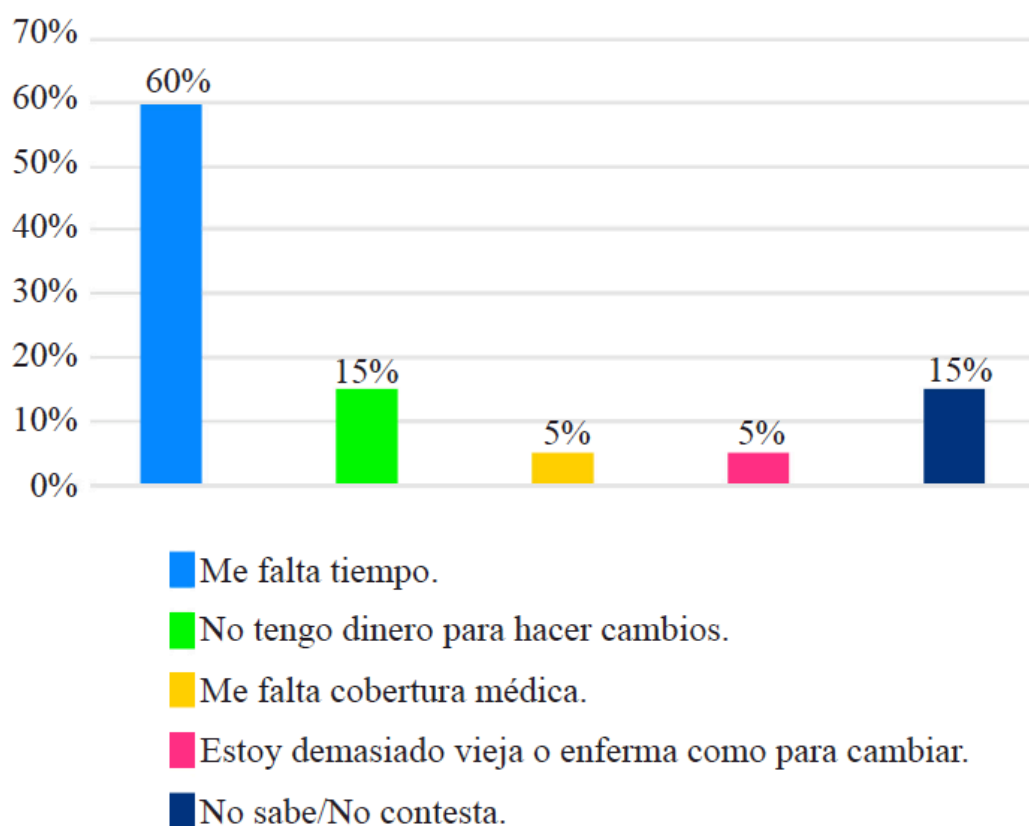
Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

En la [figura 18](#) se observa que 60 por ciento de las mujeres informadas señaló la falta de tiempo para llevar a cabo las acciones recomendadas; 15 por ciento, la falta de dinero, y otro 15 por ciento no supo o no pudo contestar. De las mujeres encuestadas, 5 por ciento mencionó la falta de cobertura médica, y 5 por ciento se consideró demasiado vieja o enferma para cambiar.

Asimismo se indagó sobre actividades relacionadas con la atención médica.

En la [figura 19](#) se observa que las mujeres 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. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Figura 18. Condiciones que impiden seguir indicaciones médicas. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014



Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Figura 19. Prácticas de cuidados para mejorar la salud realizadas por mujeres en el último año. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

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: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

Para estimar las probabilidades de que las mujeres llevaran a cabo prácticas de cuidados, se analizaron las actividades que las mujeres informadas (vulnerables y no vulnerables) habían realizado con la intención de mejorar la salud, así como la búsqueda de atención sanitaria ante el dolor de pecho, de todas las que lo padecieron, y luego exclusivamente de las que tenían información sobre la EC (véase la [figura 20](#)).

Se observa que entre las mujeres informadas, las no vulnerables tienen más probabilidades de chequearse la presión sanguínea 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 ambos casos las diferencias son estadísticamente significativas. Asimismo se aprecia que si bien hay 2.2 veces más probabilidades de que las no vulnerables acudan a consulta médica en comparación con las vulnerables, esta diferencia no tiene significancia estadística ($p=0.1$), lo que podría deberse a la disminución del tamaño muestral y a que la magnitud de la diferencia entre ambos grupos de mujeres es menor.

Figura 20. Prácticas de cuidados de mujeres con y sin información de riesgo coronario.
Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

Actividades realizadas por mujeres informadas	No		Sí		OR	IC 95%	p
Chequeo de 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 de atención sanitaria en mujeres con dolor de pecho.							
Con y sin información sobre la EC.							
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 sobre la EC.							
Vulnerables	11	-73.3	4	-26.7	11.00	(1.60; 75.50)	0.01
No vulnerables	2	-20.0	8	-80.0			

Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

En el caso de las mujeres encuestadas que habían padecido dolor de pecho, se observa que si bien hay más probabilidades de que las vulnerables no busquen dicha atención en comparación con las no vulnerables $QR=2.10$ (0.53-8.39) $p=0.2$, las diferencias no son estadísticamente significativas, por la razón expuesta anteriormente. Al acotar la búsqueda de atención médica sólo a 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. Esto expresa que es mayor la magnitud de las diferencias entre las variables estudiadas en ambos grupos. Además, se encontró que si bien 41.6 por ciento de las mujeres con dolor de pecho acudió inmediatamente a recibir atención médica, el resto demoró esa búsqueda de entre 6 y 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 sobre la misma enfermedad, como se comentó previamente (véanse las figuras [9](#), [13](#), [14](#) y [15](#)).

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

En la [figura 21](#) se aprecia que 45 por ciento de las mujeres mencionó que toda la familia comparte las labores domésticas, 32.1 por ciento lo realizaba sola, 13.6 por ciento lo compartía con la pareja y 6.4 por ciento tenía empleada doméstica. Si bien en este punto no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, sí 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 se toma en cuenta como otro de los factores que influyen en el empoderamiento y en la capacidad de acción de las mujeres; se desconoce cómo este trabajo rutinario y en muchas ocasiones extenuante pudiera incidir en la EC.

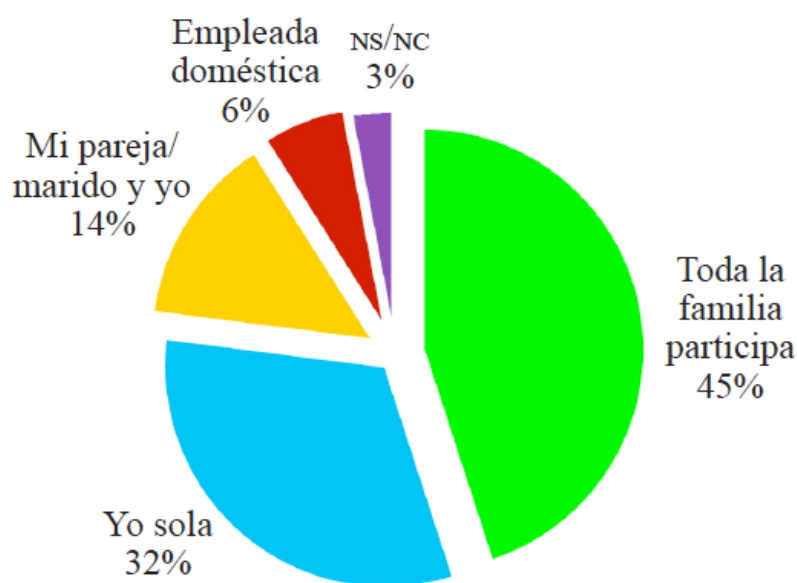
Con la misma intencionalidad se exploró acerca de las áreas de satisfacción en la vida, que incluían: *a)* trabajo, *b)* remuneración económica, *c)* sexualidad, *d)* pareja, *e)* familia, *f)* deporte, *g)* otras. Se observó que todas las mujeres señalaron como principal satisfactor a la familia, sin diferencias significativas entre ellas. En general, las más satisfechas fueron las mujeres con mayores niveles de escolaridad (mujeres con posgrado de el COLSON y jóvenes universitarias), mientras que en todas las áreas las menos satisfechas fueron las usuarias de la SSA, lo que viene a sumarse a su menor identificación de los estresores específicos de género (véase la [figura 16](#)) y a su mayor presencia entre las mujeres que realizaban solas el trabajo doméstico (véase la [figura 21](#)).

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 operativos permitió establecer diferencias entre las mujeres.

Una explicación reciente sobre la relación entre el estrés y la EC en las 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 et al. 2012).

Los datos recabados evidencian que hay desinformación sobre el riesgo coronario en las mujeres, y también que la información es necesaria pero no es suficiente para que las mujeres modifiquen sus estilos de vida o lleven a cabo prácticas de cuidados de su salud, lo que no resta importancia a su derecho a ser informadas sobre la EC en las mujeres (Juárez y Castro-Vásquez 2015; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

Figura 21. Distribución de tareas domésticas.
Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014



Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

RECEPCIÓN Y MANEJO DE INFORMACIÓN SOBRE LA EC

Como se comentó previamente, 48.5 por ciento de las mujeres había recibido información acerca de cómo reducir el riesgo de padecer EC. El principal transmisor de dicha información es el sector salud a través de la consulta médica (20 por ciento), le siguen las pláticas en las salas de espera o en campañas (18 por ciento), folletos o carteles (11 por ciento). Otros transmisores de información son los medios masivos de comunicación (18 por ciento), la combinación de medios (17 por ciento) y la que se transmite por medio de familiares o amistades (11 por ciento).

Las mujeres vulnerables habían recibido la información principalmente a través de pláticas en las salas de espera de los servicios de salud (34.4 por ciento); y las no vulnerables, en la consulta médica (44.4 por ciento). Llama la atención que, al analizar por lugares de aplicación, las jóvenes universitarias eran las menos informadas (75 por ciento sin información), y cuando habían recibido información, provenía principalmente de medios masivos de comunicación y de las escuelas. Al parecer, este grupo persiste en la sombra para los servicios de salud, como se observó en otra investigación (Juárez 2009).

De las mujeres encuestadas, 41.4 por ciento señaló no haber recibido suficiente información sobre su propio riesgo de padecer EC. A ellas se les solicitó identificar por qué no tenían dicha información: 69 por ciento insistió en que nunca la recibió; 14 por ciento señaló que no se dio cuenta de que la información iba dirigida a ella, y 6 por ciento mencionó “otras”, como la “falta de difusión sobre el tema”.

Señaló que sí tenía el derecho de *exigir* información al personal médico sobre cómo evitar o reducir el riesgo de padecer EC 97.9 por ciento de las mujeres encuestadas. 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.

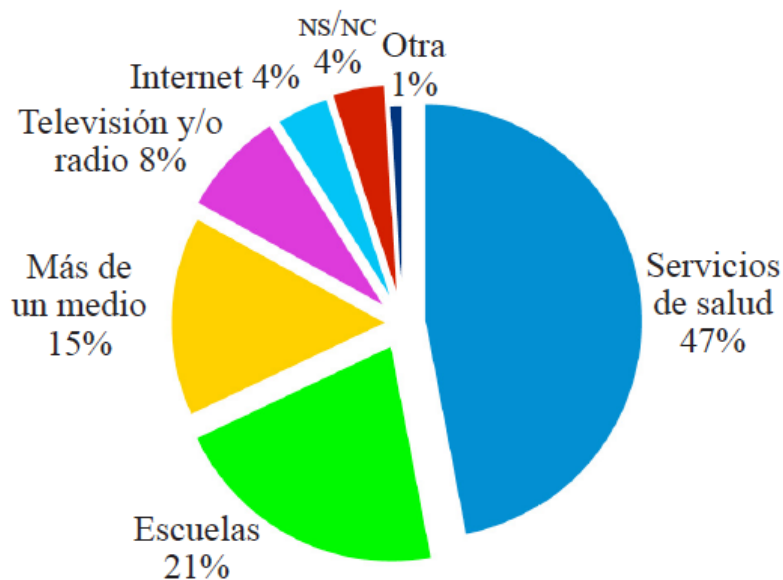
También se encontró que las mujeres consideraban la EC como una enfermedad prevenible y señalaron que la prevención debería iniciarse desde la infancia (47.9 por ciento); en las adultas jóvenes (11.7 por ciento); en la adolescencia (11.4 por ciento); al comenzar la menopausia (3.6 por ciento); y después de los 65 años (2.9 por ciento).

Entonces se interrogó cuál o cuáles eran los medios ideales para que se transmitiera información sobre este problema de salud (véase la [figura 22](#)).

En la [figura 22](#) se observa que las encuestadas señalaron que los medios ideales de transmisión de la información sobre la EC son los servicios de salud (47.1 por ciento); las escuelas (20.7 por ciento); más de un medio (15 por ciento); medios masivos de comunicación –televisión, radio– (8.6 por ciento); e internet (3.6 por ciento).

Por último, cabe señalar que la pertinencia de incluir en este tipo de herramienta metodológica diversos grupos de mujeres, como las jóvenes universitarias y las encuestadas de el COLSON, debido a que son centros escolares y de formación de posgrado, garantizó la presencia de mujeres fuera de los espacios de salud y con altos niveles de escolaridad, parámetros 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 por género, pero también por estrato socioeconómico, edad, escolaridad y tipo de protección de la salud.²⁹

Figura 22. Medios para recibir información.
Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014



Fuente: elaboración propia. Encuesta aplicada en Hermosillo en agosto de 2013.

²⁹ Parte de este capítulo sustenta un artículo científico publicado en la *Revista Salud Pública de México*.

V

ESCUCHANDO LA VOZ DE LAS MUJERES

Dar voz a las mujeres como actoras sociales busca recuperar, a través de sus narrativas, los significados profundos de un problema concreto de salud: la enfermedad coronaria. Nos interesaba identificar particularidades de género acerca de la percepción de riesgo sobre la enfermedad, comprender cómo son las experiencias vividas con la misma y las prácticas de cuidados 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 convierten en desigualdades de género.

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

Aunque en el nivel internacional se está investigando y publicando sobre los avances en la calidad técnica de la atención cardiovascular, y las innovaciones en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en las mujeres afectadas (Schiebinger et al. 2009-2015), han disminuido los estudios acerca de los sesgos de género en la atención cardiovascular, dando por hecho que están superados, cuando, como comenta María Teresa Ruiz Cantero (2015), pueden estar siendo de nuevo invisibilizados.

Los estudios con perspectiva de género muestran que hay realidades diversas en la atención a las mujeres con EC. Evidencian la persistencia de sesgos de género con subregistro de sus primeros síntomas coronarios por parte del personal médico, y que hay barreras de género para la prevención y obstáculos para la atención oportuna de las mujeres con EC (Tajer et al. 2014a; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

En México aún es incipiente la investigación sobre el tema. Se han trabajado básicamente las características biológicas y las diferencias técnicas en los resultados, pero se ha soslayado el estudio de las desigualdades desde el enfoque de género que permita comprender, más allá de las diferencias biológicas, por qué las mujeres no se benefician de la misma manera que los hombres de los avances médicos en el diagnóstico y el tratamiento de este problema de salud. Nos interesa enfatizar que estos vacíos de información se relacionan, en varios sentidos, con la ciudadanía en salud de las mujeres.

¡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, sino que los atribuyeron al cansancio, al trabajo o a situaciones de mucho estrés relacionadas principalmente con problemas familiares y económicos.

Sin embargo, ellas se *autoculpabilizan* 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.

Estas expresiones forman parte de la socialización de género (PRIGEPP 2009) de las mujeres, que las lleva a interiorizar los cuidados a *otros* por encima de los propios pero, al mismo tiempo, se *autoculpabilizan* por no preocuparse por su salud. Los mandatos de género, como el *ser para otros* (Basaglia 1983), se van construyendo con una serie de elementos sociales y culturales relacionados con los patrones de feminidad, y también con las condiciones de vida; moldean tanto la percepción como las prácticas de cuidado que comparten la mayor parte de las mujeres entrevistadas.

En sus narrativas se evidenció que la subestimación de los síntomas cardíacos iniciales también se reproduce en el campo médico; la mayoría de las mujeres relataron que después de varias “vueltas” a los servicios de salud, sus médicos o médicas las habían estudiado en forma parcial y con lentitud. Afirmaron también que desconocían cómo reducir el riesgo de padecer la EC y cómo vivir bajo estas nuevas condiciones de salud.

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 las mujeres (Valls-Lobet 2006).

Por ejemplo, Elsa narró que su padre y varios familiares (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. En sus palabras:

ELSA: 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! (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 en las mujeres y la subestimación que la población femenina y el personal médico tienen de esta enfermedad, como en este caso.

Cuando las mujeres sí estaban informadas sobre la EC, particularmente las que trabajaban en el sector de la salud, la posibilidad de enfermar del corazón no formaba parte de sus preocupaciones inmediatas, que estaban centradas en cumplir con ideales de género altamente exigentes, como ser madres, esposas y trabajadoras. 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! (57 años, IAM)

Si bien la información es necesaria, no es suficiente para que se tomen acciones con respecto a la salud, ya que hay un complejo entramado de creencias, comportamientos, condiciones de vida y mandatos de género que interactúan con la información vertida por el personal médico.

Para generar cambios, señala Vygotsky (1995), la información requiere un proceso de apropiación como conocimiento que remueva estructuras mentales, esto es, que se asimile y se transforme con base en la nueva información y en 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 tres horas después recibió atención médica en el servicio de urgencias de un hospital privado. Inicialmente la médica le dijo “son muy necias” porque no describía los síntomas “típicos” de la enfermedad. En sus palabras:

LORENA: 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: “qué, ¿te duele?” Pero les decía yo: “¡Que no!” ¡No me dolía!... La médica de repente se exasperó: “¡Ay!”, dijo, “¡son muy necias!” (56 años, IAM)

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 de parte del personal médico, del área de medicina general y del área 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 vivían la enfermedad desde una *autoculpabilización* que incorporaba el discurso médico, encarnando en el *habitus paciente obediente*, esa violencia simbólica que, por invisible (Bourdieu 2012), no se cuestiona y que las llevaba a considerar que sus condiciones de salud se debían a que eran “descuidadas”, puesto que cuando acudían a la atención médica, ahí 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 Álvarez-Dardet (2010).

Las mujeres se referían a sí mismas como “dejada”, “ignorante”, “tonta”, 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 la detección oportuna de la enfermedad o de sus primeros síntomas.

Se ha documentado, como lo hemos venido señalando, que las mujeres demoran más la búsqueda de atención médica que los varones cuando presentan síntomas de EC (Solorio et al. 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:

GABRIELA: 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! ¡Ay, después! ¡Ay, después!, dice uno. ¡Ahí, despuesito, al cabo qué! (62 años, angina de pecho)

Las condiciones de vida precarias de Gabriela remiten a una vida difícil y a un sentido de menor valía de sí misma, como se observa en la narrativa, en la que se *autoculpa* y trata 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 el área de medicina general, donde le dijeron que su problema “no era tan grave y como que no le dieron importancia”. Pasados ocho años y como el cuadro había avanzado, fue remitida a cardiología. En el momento de la entrevista iniciaba su atención en esa área.

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:

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 [sic], me da un dolor. “¿Dónde?” “Aquí...” [señalando el pecho] Y ya fue la alerta... Al día siguiente con el médico. (80 años, angina de pecho)

Cabe señalar que Elsa tenía acceso a la seguridad social y acudía mensualmente a consulta médica para surtirse de 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 *autoculpó* 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 expresó Patricia:

PATRICIA: Estaba dormida y yo sentía que me dolía mucho, que esto se me hacía así [oprime su pecho con las manos] 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] (85 años, infarto cardíaco)

Patricia contó que demoró la búsqueda de atención médica por temor a despertar a su esposo porque la violentaría. 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, resumidas en la [figura 23](#).

Figura 23. Razones de la demora en la búsqueda de atención médica. Hermosillo, Sonora, México. Agosto 2013 a diciembre 2014

Seudónimo, edad diagnóstico*	Tiempo transcurrido entre el síntoma y la atención médica	Razones de la demora
Elsa, 80 años, angina de pecho	3 meses	Falta de conocimientos sobre la EC en las mujeres
Lorena, 56 años, IAM	3 o 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 o 5 horas	La sumatoria de roles y jornadas
Emma, 55 años, angina de pecho	2 o 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 cardíaco	12 horas	La violencia de género
Gabriela, 62 años, angina de pecho	2 años	Las condiciones de vida

* El diagnóstico está referido en los términos utilizados por cada entrevistada.

Fuente: elaboración propia. Entrevistas en profundidad aplicadas en Hermosillo en 2014.

Una razón esgrimida frecuentemente es la del cuidado de *otros*: sus hijos o hijas, su pareja, su padre y madre; una más se relaciona con sus ocupaciones para obtener ingresos, ya sea porque eran las responsables de la manutención de la familia 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 asociada a la falta de información sobre la EC en las mujeres.

Los hallazgos también muestran que hay casos en que la demora se debía 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”. Cinco 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 se

deterioraba, decidió cambiar de unidad médica y acudió al IMSS, ya que contaba con ese servicio. 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 o 9 meses después) le dijo 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 *autoculpa* por “no atenderse a tiempo” del problema cardíaco, por “descuidada”. Como vemos en su testimonio, esa responsabilidad era 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.

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 sólo 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. Cuando el dolor la despertó, tuvo la 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.

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:

GLORIA: 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 qué 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 qué sale”. Y ahí fue cuando me solté llorando. (52 años, cardiopatía isquémica)

Otro motivo relevante para algunas de ellas fue la violencia ejercida por sus parejas. Por ejemplo, Minerva dijo que su atención médica se demoró porque su cónyuge y sus hermanos descalificaron sus malestares, ya que consideraron que ella “fingía sentirse mal”. Ésta es la manifestación de la violencia y de los procesos de descalificación sostenidos en éste y en otros momentos de su vida que Minerva describió detalladamente. El retraso se incrementó por los problemas de acceso a los servicios de salud, ya que cuando presentó sus síntomas iniciales estaba en un lugar distante y sin unidad médica.

Emma recuerda el inicio del cuadro coronario al realizar las labores domésticas, cuando “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 dos años fue remitida a cardiología y tuvo por primera vez una comunicación verbal sobre su padecimiento cardíaco. En sus palabras:

EMMA: Una vez que fui con el cardiólogo [dos 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 qué más me salió! Y dije yo: “¡Ay Diosito santo! ¿Pues qué es esto?” (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 clínico es de presentación insidiosa, hay más posibilidades de que ellas atribuyan los malestares a actividades cotidianas, como las labores domésticas, de crianza y de cuidados, mismas que con frecuencia continúan haciendo después de iniciar los malestares, 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 no se percataron de la enfermedad sino 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 ni 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 de lo que social y comúnmente se conoce. También se ha reportado que las mujeres viven más, con una calidad de vida más limitada (Lozano et al. 2013).

Las experiencias de las mujeres relacionadas con el campo médico y las que están fuera del mismo son diferentes, ya que mientras las trabajadoras del sector salud y Lorena –cuya hermana era 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 los sectores populares) manifestaron con mayor frecuencia que el personal médico minimizó sus síntomas; en el momento de la entrevista no se les habían realizado estudios diagnósticos específicos. Esto es la 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 no pueden ser atendidas completamente en algunas ocasiones debido a diversos factores.

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

Una de las principales indicaciones médicas que recibían las mujeres entrevistadas, era que debían “cambiar sus estilos de vida”, principalmente en relación con los patrones alimentarios, bajar de peso corporal y hacer ejercicio rutinariamente. Al respecto, ellas narraron que les era 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:

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? (57 años, IAM)

Como médica y paciente, y sobre todo en este 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–, en la cama –cuándo podía volver a tener relaciones sexuales–, la afectación de sus emociones –crisis de ansiedad tratadas únicamente

con ansiolíticos— y, finalmente, en 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:

IRENE: 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, ¡sí 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 sí perfundo, 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! (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 con el American College of Cardiology y la American Heart Association (AAC/AHA 2002), y que no tenía como meta mejorar su salud, sino un dictamen laboral.

Las entrevistadas también narraron que hacían “trampas” ante las prohibiciones médicas, con lo que se reflejan procesos de resistencia. Por ejemplo, la mayoría dijo que era muy difícil seguir las dietas que les indican, a veces porque son muy restrictivas, en otras ocasiones por la carestía de los alimentos. Recordemos que algunas de las mujeres entrevistadas pertenecen a estratos sociales precarios y, como dice Emma, las dietas afectan la economía de su familia:

EMMA: A veces no se puede y hay veces que sí... [cuando] no hay, pos [sic] ¡comes lo que tienes! ¿No?... Porque son muy caras las dietas. ¡Muy caro! ¡No pa’ [sic] una gente que gana un mínimo! ¡Es carísimo eso! Si... 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 puedes ni comprar algo que necesites, ¡No! ¡No, no hay la manera! (55 años, angina de pecho)

Además, las indicaciones médicas sobre los cambios en la alimentación ponen el 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 se pueden cambiar 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 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (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” (Latham, 4).

En relación con los medicamentos, la mayoría de ellas trataba de seguir las indicaciones médicas en los horarios prescritos, siempre y cuando los fármacos les fuesen surtidos en los servicios médicos a los que acudían, pues uno de los obstáculos era la carencia de suministros médicos. Esto fue más evidente con las mujeres que no tenían seguridad social y acudían a las unidades médicas afiliadas al Seguro Popular. Patricia cuenta al respecto:

PATRICIA: 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 [Hospital General del Estado]. (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 situaciones. 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 o médicas diferentes.

Por ejemplo, Lorena, que estuvo hospitalizada por IAM, contó que a los días de haber salido del hospital presentó un síncope (pérdida súbita del estado de consciencia), y cuando la llevaron 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 tenía derecho, la “regañaron” por dejar de tomar dicho fármaco. Ante esta situación reanudó el medicamento, pero disminuyó la dosis por temor a sufrir otro cuadro similar, sin atreverse a cuestionar la indicación ni comunicarlo al médico, para evitar que la maltratara en citas subsecuentes. Ella narró este episodio:

LORENA: 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 otro doctor [el 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 mí 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. (56 años, IAM)

Minerva describió que, cuando estuvo 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 en 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 que suspendieran el ansiolítico, con lo que cesó este último cuadro. Minerva continuó con su tratamiento para el problema cardíaco en el Centro de Salud.

Es importante enfatizar que la mayoría de las mujeres diagnosticadas refirieron episodios de ansiedad tras conocer su diagnóstico. El problema es que sólo se les prescribieron fármacos –ansiolíticos– sin apoyo psicológico para una enfermedad que de por sí causa angustia, porque 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 et al. 2003; Tajer 2009; Valls-Lobet 2009). De acuerdo con los datos obtenidos en esta pesquisa, la prescripción de ansiolíticos continúa 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 ochenta y siete 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 conciencia 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 conciencia. ¡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 por ansiedad. (57 años, IAM)

La EC, y más notoriamente cuando se trata de IAM por el grado de severidad, porque el evento agudo se acompaña de sensación de muerte inminente, y por las vivencias durante la estancia en terapia intensiva, tiene connotaciones profundas para las mujeres, tanto por la pérdida de identidad al pasar de estar sanas a estar 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 tratamiento 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 de debilidad.

Otra indicación en la que insiste el personal médico, según narraron las mujeres, era hacer ejercicio físico paulatino; ellas salían a caminar sin tener muy claro las distancias, tiempos y la forma en que debían llevar a cabo esa actividad. Dijeron que en las instituciones a las que acudían no existían o no conocían programas de rehabilitación cardíaca que las reincorporara paulatinamente a la actividad física y a su vida cotidiana.

A lo largo de las narrativas se constató que las mujeres estaban limitadas en la toma de decisiones sobre su 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; las condiciones de vida y el acceso diferenciado a recursos para la salud; la falta de poder en el campo médico y su doble posición de subordinación, como mujeres y pacientes; y también porque el personal médico no posibilita la toma de decisiones informadas.

Dichas situaciones representan limitantes estructurales para las acciones de las mujeres 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 sujetos de derechos en la práctica, situación 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

Las mujeres entrevistadas narraron que, cuando acudían a los servicios médicos, el personal que las atendía les daba indicaciones sobre lo que *debían* hacer para mejorar su salud; esto es, el sentido normativo en el discurso médico, *la lógica de la lógica* en palabras de Bourdieu. Se transfieren las acciones para la salud a la esfera conductual personal y se culpabiliza por las inacciones en forma individual; es decir, no atiende *la lógica de las prácticas*, en palabras del mismo autor. Además, generalmente no se fomenta que sean ellas las que decidan acerca de su enfermedad, o que expresen lo que quisieran saber acerca de la misma. Como dice Josefina:

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 ¡toma 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”. (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 que a la paciente se le considere “latosa” o “difícil”, como suele describirse en la literatura médica (José Rodríguez, Cotera y Ángeles 2013), dice Josefina que es necesario agrandar 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 la información y a tomar decisiones informadas quedan como una aspiración.

Y si bien tratan de “obedecer” lo más puntualmente posible las indicaciones, como se comentó previamente, siempre hay procesos de resistencia: las “trampas” que no se hablan frente al personal médico, debido en parte a que las pacientes no encuentran el momento de comunicarlas ante la pérdida de sus voces y, por otra parte, debido a que disciplinan sus conductas y proceder a las reglas de un espacio que les es ajeno, pero también por el temor a las “represalias” y a los “regaños”, que en cuanto violencia simbólica (Bourdieu 2002) no nombrada, se instala en el sentido común y en la cultura en que habitan las 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 narró:

LORENA: 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 el otro, 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! (56 años, IAM)

Ella desearía tener la información pero no pasó a la acción, ya que cuando fue a cardiología se la disciplinó diciéndole que sólo podía hablar cuando se le indicara y para responder a las preguntas del médico, con la expresión “¡Es que tú no [hables]! ¡Ahorita yo le voy a preguntar a ver qué tuvo y qué no tuvo!”

En otro momento de la entrevista, Lorena asumió 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 sus 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:

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! (85 años, infarto cardíaco)

La enfermedad es, ante todo, un evento existencial que implica para las mujeres transformaciones para afrontarla, asimilarla, darle un significado y un sentido (Puentes, Urrego y Sánchez 2015). En esa construcción intervienen capitales culturales, como la religión en cuanto “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 (Bourdieu 2006, 50). Sin embargo, la resignación sustituye a 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 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:

JOSEFINA: ¡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, a ver si te mando con el cardiólogo” [dos meses después de la entrevista]. 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 a gusto. 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! (75 años, angina de pecho)

Las trabajadoras del sector salud, presumiblemente con más posibilidades de tener acceso 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 enfermedad estaba mediada por las relaciones que mantenían, como trabajadoras, en el interior de los servicios médicos, incluso con diferencias entre la enfermera y la médica, ya que la primera aún tenía dudas no resueltas en el momento de la entrevista, y trataba de conocer acerca de la EC en 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:

IRENE: 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 qué 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! (57 años, IAM)

Cabe señalar que todas las mujeres a las que se entrevistó 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, aun cuando manifestaban que necesitaban conocer más acerca de la enfermedad, como lo expresó Minerva:

LUCERO: ¿Sientes que 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 sí 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)

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 predomina en las narrativas, el de cuidadora. Al igual que Gabriela, consideró que la información podría evitar que sus hijos o sus hijas siguieran sus “patrones” de la enfermedad. Pero no se observa que se hubiera apropiado del derecho a ser informada, es decir, que sintiera que tenía “el derecho a tener ese derecho”, en palabras de Arendt.

No obstante, ellas tendían a *autoculpabilizarse* por “no tener conocimientos” sobre la enfermedad y porque pospusieron la búsqueda de atención, como expresa Elsa:

ELSA: ¡Yo no sé qué pudo haber sido! ¡Pero por tonta! ¡Por falta de conocimientos no me di cuenta! ¡Nunca! ¡Nunca me enfoqué en tratar de saber por qué 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. (80 años, angina de pecho)

No hay una visión única y ahistórica de feminidad, sino múltiples feminidades acordes 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, aún enfrentan limitaciones relacionadas con su condición de género, que junto a procesos ligados a la socialización de género, como la *autodesvalorización*, la dependencia, la *autoculpabilización*, la represión de la ira y las frustración, pueden influir en los modos femeninos de enfermar y expresar sus malestares (Andreani 1998).

Las mujeres insistían en señalar que la desinformación sobre la EC persistía después del diagnóstico. Argumentaron que aun cuando les daban indicaciones, no les explicaban suficiente y adecuadamente sobre qué es la enfermedad, cuáles son los cambios que traería a sus vidas y qué podían hacer para mejorar las limitaciones que traía consigo. Emma contó que cuando acudió a cardiología:

EMMA: 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”. (55 años, angina de pecho)

Si bien todas las mujeres narraron diversas desatenciones médicas, no exigieron que se les resolvieran sus problemas. Josefina manifestó su sentir, interpretando lo que consideraba se piensa de ellas en los servicios de salud:

JOSEFINA: 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: “¡Ah! ¡Es muy ignorante la gente, no se da cuenta!” No saben que nosotros también pensamos y vemos... Es que ¡es cierto! (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 cuanto que ellas reproducen el discurso del dominador con argumentos como: el personal médico no tiene con qué trabajar; les falta más tiempo para la consulta por culpa de la institución; les ponen muchos pacientes; les pagan poco por lo que hacen. Expresado en las palabras de Elsa:

ELSA: Hay ciertos médicos que la profesión la toman como *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... [del hospital] Entonces el otro día el médico dijo que él no iba a atender doce pacientes, solamente diez, 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? (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 que sus derechos en salud son limitados, porque es una incorporación no consciente que reproduce el discurso médico (la ideología dominante) y condiciona 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” (168), 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 al personal y a los directivos de los servicios médicos les correspondería garantizar los derechos en salud. A excepción de las trabajadoras del sector sanitario, las demás difícilmente identificaron la responsabilidad del Estado como garante de derechos; esto fue más marcado en quienes no tenían seguridad social, vivían en condiciones precarias, e incluso mostraron dificultades para articular un discurso sobre los derechos en salud. En palabras de 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... pss [sic] 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. (55 años, angina de pecho)

Ella no visualizaba los derechos, vivía en la adversidad, no tenía poder para tomar acciones ni recursos para seguir todas las indicaciones. Su acceso a los servicios médicos era limitado. Sus palabras aluden al contexto social, cultural y político del que proviene. Había incorporado el discurso de “cuidarse” al ámbito individual y conductual, tal como lo recibió del discurso médico.

Cabe señalar que observamos diferencias entre ellas, si bien mantenían relaciones desiguales de poder con el personal médico que las atendía, pues en el campo médico no se fomentaba que tomaran decisiones sobre la EC y en algunos casos (como se aprecia con Emma) no sabían en qué consistían los derechos en salud. Sí había diferencias entre ellas relacionadas con el proceso de apropiación y las condiciones de posibilidad de ejercicio de derechos, de acuerdo con diversos capitales en juego, como la escolaridad, el tipo de protección de la salud que tenían y el sector socioeconómico al que pertenecían. En la [figura 24](#) se observan las principales líneas argumentativas de las mujeres entrevistadas sobre los derechos en salud.

Figura 24. Reconocimiento y posibilidades de ejercicio de los derechos a la salud. Hermosillo, Sonora, México. De agosto de 2013 a diciembre de 2014

Seudónimo, edad, diagnóstico	Escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, servicio médico	Derecho a la salud y a la información sobre la EC en las 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, IAM.	Secundaria, sindicalista, medio bajo, ISSSTE.	“Llegas cinco minutos tarde y no te atienden. Me pasó. Yo soy muy peleonera ¿eh? Defiendo mis derechos pero... no me atendieron en mi primera cita después del infarto.”
Gloria, 52 años, cardiopatía isquémica.	Posgrado, enfermera, medio, ISSSTESON, ISSSTE.	“No me dieron información y ni les he preguntado a mis hijos... [si recibieron información] Ahorita podría pedírla antes... No lo pensé.”
Irene, 57 años, IAM	Posgrado, médica, medio, ISSSTESON, ISSSTE.	“Es un derecho, y lo peor del caso está normado, legislado. ¿Por qué no lo hacemos? [respetarlos como médicos] 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.”
Minerva, 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 qué sé yo, pero ése 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 cardíaco.	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: elaboración propia. Entrevistas en profundidad realizadas en Hermosillo de enero a junio de 2014.

Las mujeres afirmaban que tenían derechos cuando se les interrogaba al respecto, pero en general no se habían apropiado de los derechos, es decir, no los sentían como propios, al estar limitadas para tomar decisiones en asuntos vitales relacionados con el paso de estar sanas a enfermas. Difícil, además, porque no se tiene el poder de exigir información cuando hay desconocimiento sobre una enfermedad, y cuando las mujeres se *autoculpabilizan* por ello, como lo hace Minerva:

MINERVA: Yo 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 qué sé yo, ni yo tampoco tuve los alcances de ir y preguntar. Así me quedé con la voluntad de Dios nada más. (55 años, infarto)

Dicho de otra manera, se observan limitaciones en el proceso de apropiación de los 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 mencionar que en las entrevistas se obtuvieron líneas argumentativas contradictorias, pues aunque al principio la mayoría respondía que sí tenía el derecho a *exigir* información sobre la EC en las 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 inicialmente en exigir información, sino hasta el momento de la entrevista. También enfatizamos que conforme se insistía sobre el tema de los derechos, las mujeres expresaban cuestionamientos referentes a la falta de campañas sobre este problema de salud, y que no se les hubiese informado al respecto, como se hace con los cánceres de mama y cervicouterino. En sus palabras:

IRENE: 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 cervicouterino] Ahorita está de moda la obesidad. Eso ¡no tiene absolutamente nada que ver con el tipo de vida y estrés que hay! (57 años, IAM)

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. Ella consideraba que estos factores están presentes en la vida de muchas mujeres, que al conjuntarse pueden desencadenar problemas cardíacos; pero que es una 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 en las mujeres. En este sentido, también el personal médico entrevistado dijo que no hay programas específicos para la prevención de la EC en las mujeres, asunto que abordaremos en el siguiente capítulo.

Entre las narrativas de las mujeres, así como de quienes prestan servicios médicos, se expresa que la voz de las mujeres se excluye en los espacios de salud, puesto 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 pacientes*, contemplada como ayuda ante la ignorancia de las mujeres.

Esto lo expresa Minerva (véase la [figura 24](#)) cuando refleja 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 como cuidadora de la salud de *otros*.

Emma reproduce el *habitus paciente obediente* cuando dice que la información sobre la salud es para que les digan a las mujeres “cómo debemos portarnos” (véase la [figura 24](#)). Irene mencionó, junto a los derechos en salud, la obligación de “*ser paciente obediente*”, mientras que Josefina narró que recibió indicaciones acerca de lo que debería hacer, como si fuesen órdenes:

JOSEFINA: Nomás me dicen: “¡Haga esto! ¡Tome esto! ¡Cuídese!, porque en la noche es cuando pegan los infartos, en las madrugadas...” Y “¡no se cuida usted!” y “¡no se toma su calma!” (75 años, angina de pecho)

Es decir, que la toma de decisiones sobre la salud se considera competencia de quien tiene el “conocimiento científico”, y el poder en la relación médico/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 actrices 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 el cónyuge, y a un centro de salud para otros problemas, como la diabetes y la hipertensión, porque:

JOSEFINA: 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. (75 años, angina de pecho)

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

LA COMPRENSIÓN DE LA EC. ENFERMAR POR *SUFRIMIENTO MORAL*

En relación con la interpretación que hacen las mujeres acerca de la EC, se encontraron diferencias importantes entre las maneras en que ellas comprenden la enfermedad y las explicaciones que ofrece la medicina. En este tenor, un concepto que se considera emergente y que pensamos nos puede ayudar a explicar las vivencias de la enfermedad es lo que se ha calificado de *sufrimiento moral*. Su significado es una aportación de Gloria, quien se expresó 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! (52 años, cardiopatía isquémica)

Gloria tenía información sobre la EC y los factores de riesgo cardiovascular. Trabajaba en un servicio de urgencias como enfermera y su madre padeció EC. Al analizar consigo misma los factores de riesgo de dicha enfermedad, identifica la interiorización del *sufrimiento moral* por parte de las mujeres y no las explicaciones

dadas por la biomedicina; refiere que el peso del sufrimiento moral se vive cotidianamente y afecta la salud cardiovascular, por asumir mandatos y patrones de género que no se cuestionan. Es decir, el concepto *sufrimiento moral* comprende la representación simbólica del corazón como “órgano de los sentimientos” (Lepraz 2012), 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 las 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 padecían, inmediatamente remitían a los sentimientos, las emociones, las pérdidas, los conflictos o problemas. Por ejemplo, Gabriela atribuyó la EC al sufrimiento por ver a su hijo preso y además considera que:

GABRIELA: La enfermedad más grande que tenemos [las mujeres]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. (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 concepto *sufrimiento moral* alude también a la relación que establecen las mujeres entre el amor y la enfermedad cardíaca, muestra de cómo 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... [tiene los ojos nublados, la voz entrecortada y golpetea la mesa con los dedos] 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! (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 se refiere a la construcción social de las feminidades, y a 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 *sufrimiento moral* y EC está presente en todas las entrevistas, toma diferentes matices de acuerdo con la edad, la escolaridad y la condición de vida de cada mujer. Sin embargo, suele manifestarse desde la *autoculpabilización*, reproduciendo la idea de que las mujeres son más “sensibles”, “preocuponas”, o “aprensibles” [sic], y eso las enferma, como dice Minerva:

MINERVA: Todo el tiempo he sido muy aprensible [sic], he sido muy... Como mi marido era muy viejero [sic]. ¡Era muy sinvergüenza! ¡Muchas veces lo caché! ¡Muchas veces lo vi! Oh, 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. (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 la familia. Ella dice que:

LUCERO: ¿A qué atribuyes la enfermedad del corazón?

LORENA: Mi problema de ahora que me dio la chiripiorca³⁰ [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 sí 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. (56 años, IAM)

Al respecto, Débora Tajer comenta que 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” (2009, 73).

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 en las otras mujeres entrevistadas.

Forzar el 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 llevaban a cabo “sin poder parar” hasta que se enfermaron del corazón.

Es interesante señalar 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 *autorresponsabilidad* y *autoculpabilización* en el proceso de enfermar y que, de manera implícita, comprende estresores específicos de género que condicionan vulnerabilidad coronaria. Sobre esto Irene comenta:

IRENE: ¡Era perpetua la presión! ¡Era 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...

³⁰ Término coloquial que se refiere a un malestar inespecífico que se manifiesta con movimientos corporales, como tics.

¿Por qué tenemos que tener tres, cuatro trabajos para sacar adelante a los hijos, pues? ¿Por qué? ¿Si podemos tener uno si se nos pagara y se nos remunerara bien! ¿Sí? (57 años, IAM)

En este discurso se aprecian al menos tres planos. Uno acota la dimensión individual, en la que se observa cómo Irene se *autoculpabiliza* por no tener capacidad para parar. Otro plano se refiere a los ideales y los mandatos de género altamente exigentes que se han impuesto socialmente y que se viven personalmente, como el *ser para otros*, en este caso, sus hijas. Y, por último, el plano macroestructural, cuando ella cuestiona los bajos salarios institucionales y la necesidad de trabajar varios turnos para poder cubrir las necesidades de sus hijas porque es la jefa de la familia.

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

GLORIA: ¡Era imposible bajarle!, bajarle el ritmo de vida ¡No podía!... Incluso aunque me enfermara ¡No podía detenerme!... Si me detenía, ¡perdían gran parte ellos! [sus hijos] ¿Por qué?, por... por loca, jejeje... ¡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 ¡ésa era mi meta! (52 años, cardiopatía isquémica)

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

En cuanto a las entrevistadas insertas en la economía informal, se observó que su desprotección era aún mayor, ya que, al no gozar de prestaciones de ley, carecían de seguridad social y enfrentaban más barreras para la atención médica. Por ejemplo, Minerva nos contó cómo era su día a día dedicada durante veinte años a la venta de productos de casa en casa y al trabajo doméstico, ambos sin derechos laborales:

MINERVA: Me levantaba a las cinco 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 una o dos... 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 tres de la tarde, ¡vámonos a trabajar! y llegábamos ya a las seis, siete de la tarde, a volver a hacer cena y todo, y a lavar... Terminaba rendida y ¡de pilón!, 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 veinte años... Demasiado pesado y yo lo llevaba conmigo todo... ¡Yo no sé cómo uno aguanta tanto!, porque [a] ¡mi corazón yo lo forcé a trabajar demasiado! (55 años, infarto)

En este sentido, es necesario visibilizar algunas presunciones sobre la EC en las mujeres, como la idea de que afecta principalmente a las 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 las mujeres ejecutivas (Tajer 2009). En este proyecto se evidenció que *forzar al corazón* incluye, efectivamente, *no poder parar*, pero que no está tan ligado a la situación laboral, a los grados de responsabilidad y a la toma de decisiones en el trabajo, como a los mandatos de género. Pues la principal premisa, y por la que asumen que *fuerzan el corazón*, es sacar adelante a sus hijos e hijas, aunque sea a costa de su propia salud.

Durante las entrevistas se observó que las mujeres reflexionaban ante algunas preguntas, y que durante ese proceso identificaban la multifuncionalidad de roles en la cotidianidad de sus vidas y su potencial de enfermarlas, como explica Gloria:

LUCERO: ¿Cuál consideras que 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 conchudo³¹ [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 talemón³² [sic] que...! (52 años, cardiopatía isquémica)

Este discurso se repite en las demás entrevistas, con diferencias entre ellas, dependiendo de la edad, la escolaridad, el tipo de inserción laboral, y algunos cambios generacionales en sus patrones de género, aunque predomina la reproducción social de la doble jornada, incluso en 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 la violencia de género, específicamente la violencia contra las mujeres. También emergió la expresión “¡No aguanto tanto!”, con la que exploramos cómo las mujeres relacionaban la violencia de que eran objeto con el padecer del corazón. Se referían a la pareja, o a la ex pareja, que había ejercido violencia contra ellas como *el hombre*.

La violencia de género fue evidente en distintas dimensiones y significados. A veces estaba explícita en los discursos, en otras ocasiones estaba implícita, es decir, no se identificaba como tal por las entrevistadas. Por ejemplo, Elsa habló de una pareja “muy posesiva” que coartó sus sueños y 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 el ex cónyuge la culpabilizaba por los problemas de su hijo.

³¹ Término coloquial que en este caso se refiere a que la ex pareja mostraba desinterés por lo que sucedía en el hogar, incluyendo las labores domésticas, y además no se avergonzaba por no cumplir con el rol de proveedor.

³² Término coloquial utilizado como sinónimo de flojo, perezoso.

Gloria “siempre se sintió sola”, por el alcoholismo y la irresponsabilidad de la ex pareja. Ella era el sostén de la economía familiar. Irene nombró la “violencia” verbal y emocional. Incluso narró el episodio cuando la amenazaron con arma de fuego para “sacarla de su casa” y cuando utilizaron argucias legales para hacerle difícil la vida. Gabriela también había sido amenazada con arma de fuego por una ex pareja. Por otro lado, Josefina dijo que su “marido no la comprendía”, y narró que quería 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 narrativas, relacionaron vivencialmente la violencia de género con la enfermedad cardíaca, como lo expresa Minerva:

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 nadie, ninguna persona ha vivido o... ¡a lo mejor sí! Gente de rancho como soy yo ha vivido así... o aun aquí en el pueblo, la gente ha vivido así... Yo creo que era un trabajo ¡tan grandel, ¡tan fuertel, ¡tan pesadol, y yo achaco de que mi pobre corazoncito ha de haber dicho: “¡No aguanto tanto!” Fue mucho, una vida ¡muy! ¡muy pesada la que tuve yo! (55 años, infarto)

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 las mujeres establecen relación entre el cuerpo, el corazón, *el sufrimiento moral y la violencia de género*.

Además, en las mujeres que se habían incorporado a la esfera pública laboral se observaron otros factores que habían incrementado la violencia de que eran objeto, como narró 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! ¿Sí? ¡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 carrilla³³ 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! (57 años, IAM)

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 otro estresor de género. En ciertos casos, como en 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.

³³ Término coloquial que en este caso se refiere a los comentarios irónicos o burlones de colegas médicos que ponían en duda la “hombría” del ex cónyuge, porque ella destacaba profesionalmente más que él.

Además, como se constata en las entrevistas, la reproducción del infravalorado trabajo doméstico seguía estando ineludiblemente ligada a la vida cotidiana de las mujeres, quienes lo sumaban a las múltiples jornadas laborales, dada la precariedad del empleo y la creciente pérdida del valor adquisitivo del salario en México.

Esto repercutía directamente en la situación vital de varias de las mujeres entrevistadas, quienes describieron que sus parejas no aportaban a la economía familiar, lo que aumentaba su pobreza; y que tampoco había una redistribución de las tareas domésticas, evidenciándose así otros tipos de violencias solapadas.

También hay violencias más sutiles, relacionadas con la *menor valía* de la mujer. En este sentido, de los datos emergió la expresión “Menos a la mujer”, entendida en dos sentidos: por un lado, hace referencia a la apreciación que hacían las entrevistadas acerca del menor valor social de las mujeres en comparación con 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 este discurso:

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... (56 años, IAM)

Si bien no todas las mujeres utilizaron el término “valía”, hay discursos en los que esta palabra, aunque oculta para la entrevistada, estaba implícita en algunas de sus líneas argumentativas; por ejemplo, cuando adujeron que anteponían las necesidades de la familia a las suyas, y que esto pudiera haber demorado su atención y afectado en forma más seria su salud, ya que se dejaron a *lo último*. Minerva habla de esto:

MINERVA: 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 [sic] exigido!, ¡verle [sic] robado si era posible! y verme [sic] curado. ¡Verme [sic] atendido! ¡Verme [sic] todo! ¡Pero no! No... que le falta al fulano, que le faltan zapatos a éste, que le falta ropa a éste, 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! (55 años, infarto)

En otros casos, apareció el *deber ser* —el discurso normativo— a partir del que se acota e individualiza la autovaloración de la mujer como si fuera una cuestión personal: “Yo creo que la mujer *debe de* valorarse mejor”. Este discurso, en cuanto proceso socializado, invisibiliza la forma en que las estructuras organizan la subjetividad de las mujeres.

Aquí también está presente el rol de la familia en los cuidados a la mujer con EC. En la investigación se tenía la percepción de que la familia conformaba una red que facilitaba y proveía cuidados durante la EC. Se constató que efectivamente la familia era la red principal de apoyo para las mujeres con procesos agudos (IAM), pero que cuando ellas entraban en procesos de recuperación, la familia solía formar parte de la vigilancia y control de las acciones y de las conductas de las mujeres, los cuales se ejercían por indicaciones médicas.

En este sentido, las afectadas por angina de pecho refirieron dos posiciones polarizadas: 1) en algunos momentos sentían el control y la vigilancia de sus familiares sobre lo que comían y hacían en seguimiento a las instrucciones médicas; 2) pero en otros, hablaron de descalificaciones y minimización de sus malestares. Y las afectadas por IAM hablaron sobre todo de la vigilancia y de las limitaciones de que eran objeto.

Ambas situaciones causaban conflicto a nuestras entrevistadas, la primera porque la vigilancia las limitaba continuamente mediante expresiones como “No levantes eso”, “No debes hacer tal cosa”, “No comas eso”, que si bien llevaban la intención de “cuidarlas”, las hacían sentirse débiles, inútiles, “como una viejita”. De tal manera que llegaron a referirse a quienes trataban de imponer esas “reglas” como “tiranas”, y a cuestionarse su nueva forma de vida, tal como lo expresó Lorena:

LORENA: Yo nomás ahora a lo mejor tengo 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, IAM)

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 las parejas, como en el campo médico, cuando los otros consideraban que las mujeres enfermas eran “exageradas”, que “no era para tanto” o que no les “creían”, como narró Minerva.

Cabe aclarar que la EC implica cambios profundos en la relación de las mujeres con sus familias, pero que esos cambios no son necesariamente negativos, ya que tanto ellas como sus familiares echan a andar procesos de adaptación a las nuevas condiciones de vida, y aprenden a vivir con la enfermedad. En algunos casos les permitió a las mujeres tomar tiempo para sí, hacer cosas que habían pospuesto o bajar el ritmo de sus actividades. Irene habló de estos aspectos:

IRENE: ¡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 en el cine. ¡Voy al cine!... Vamos a comer, por lo menos el domingo. (57 años, IAM)

Para Emma ver televisión significaba “el tiempo que quiera”, aunque le preocupaba “no tener la casa limpia como antes”. Gloria dijo que tenía más tiempo para leer, escuchar música y convivir con su hijo e hija, que además se habían repartido las tareas domésticas.

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

VI

NOS DICEN HISTÉRICAS. LAS MUJERES Y LA EC DESDE LA MIRADA MÉDICA

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

Se insistió acerca de las diferencias de la EC en las mujeres, especialmente en la identificación de particularidades socioculturales y de género, para tratar de rebasar el reduccionismo biológico. También se insistió en saber sobre la presencia de este tema en los congresos o reuniones médicas. De igual forma se exploraron los derechos de las mujeres en el campo médico, para identificar cuáles son las decisiones que, en la opinión de profesionistas médicos, competen a las mujeres en calidad de pacientes.

En ese momento de la pesquisa 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 LA EC. LA CULTURA DE LAS PACIENTES

El personal de medicina general señaló que las mujeres sí recibían información sobre la EC, pero que ellas 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 las mujeres 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 ochenta por ciento 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? (48 años, 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”. Asimismo señaló que el proceso de búsqueda de información varía entre las mismas mujeres. En sus palabras:

LUCERO: De acuerdo con 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 cuarenta, cuarenta y cinco 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! (58 años, médico general)

Se observa, que si bien hay una identificación de los roles de género de las mujeres, a la vez se las descalifica al relacionar sus prácticas con la falta de “educación pertinente”, que las lleva a priorizar los mandatos de género sobre sus propios cuidados, y además se las responsabiliza por ello. Hugo también emite juicios de valor y culpa a las mujeres por continuar siendo dependientes y sumisas a los 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 sí están suficientemente informadas acerca de la EC. Únicamente el médico más joven de este grupo difiere de sus colegas, y además dijo que:

NICOLÁS: ¡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! (28 años, médico general)

Nicolás argumentó que son los hombres quienes tienen información sobre la EC, y que las mujeres acuden a consulta médica por obesidad, puesto que sobre este problema están centrados los esfuerzos sectoriales de salud, pero que no se les informa acerca de la EC en las mujeres. Además, con la expresión “dan más fama a los hombres” hizo evidente lo que hemos estado señalando a lo largo de este material, que se sigue identificando la EC como enfermedad masculina.

Cabe mencionar que en el primer nivel (institucional) se cubre la mayor parte de la demanda de atención médica en Sonora y en el resto de México, y que es el filtro para la atención especializada, ya que en ese nivel institucional es donde se otorgan los pases (o referencias) a las diferentes especialidades médicas. De manera que son los agentes de salud que más contacto tienen con las mujeres. Normativamente, serían los responsables de promover las prácticas de prevención, de detección oportuna de enfermedades crónicas y de llevar un expediente de los valores vitales de las pacientes.

Por otro lado, el personal de cardiología señaló que las mujeres llegaban a su servicio sin estar informadas acerca de la EC, lo que contradice las aseveraciones del personal de medicina general.

Teresa dijo que también hace falta dar esa información a otras especialidades además de la cardiología:

TERESA: Hemos fallado mucho en informar adecuadamente a las mujeres de su riesgo de enfermarse y de morir del corazón... Ése 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 sólo no están conscientes las mujeres... no 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. (46 años, 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, y que incluso el personal médico 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”:

TERESA: 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. (46 años, cardióloga)

Se observa en Teresa cómo 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 cervicouterino.

Un asunto que comparte todo el personal médico entrevistado 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 preocupaban previamente:

ELENA: Realmente en la perimenopausia 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 sí 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! (60 años, cardióloga)

Se aprecia que Elena, igual que la mayoría de sus colegas, no sólo señala 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, es también una etapa en que las mujeres suelen enfrentar problemas emocionales, como el abandono. En sus palabras:

LUZ: También está muy relacionado con que a estas alturas... está ahorita muy de moda que a los cincuenta, sesenta, 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 estatus de ansiedad, desarrollan hipertensión, diabetes; se ponen mal las

pacientes. Hay muchas que ya con tratamiento antidepresivo y terapias bajan todo eso, pero hay muchas que sí llegan a tener el tramafat,³⁴ 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 sí llegan a desarrollar problemas serios... ¡Sí 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! (48 años, 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 et al. (2014a) abordaron este asunto como problemas con la pareja, y Orth-Gomér (2009) como estrés marital. Además, remite a la descalificación de los malestares y a la naturalización social de las mujeres por parte de los cónyuges, cuando atribuyen sus problemas de salud a que ellas son emocionales o que quieren llamar la atención. Por último, menciona las diferencias entre el corazón de los hombres y el de las mujeres en cuanto al amor: sus expresiones reafirman que se concibe el corazón como el “foco de las emociones” en palabras de Lepraz (2012).

c) Explicar las diferencias entre la EC en los hombres y en las mujeres.

NICOLÁS: 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, ésa es la principal diferencia. (28 años, 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 enfermedad en las mujeres, y que se está presentando en etapas más tempranas de la vida, es decir, antes de la menopausia, cuando aún 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 cardiovascular.

Uno de los temas que se abordaron en las entrevistas fueron las responsabilidades socioculturales 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 con 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:

HUGO: La mujer por... tiempos remotos ¿no? ¡Siempre!... a pesar de toda la educación que hay... la mujer sigue siendo el género que... más expuesto 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 lleva 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

³⁴ Término coloquial que en este caso se refiere a episodios en los que las parejas consideran que las mujeres “fingen” que tienen un problema cardíaco.

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 cuarenta, cuarenta y siete, cincuenta años que ¡nunca se cuidaron! (58 años, médico general)

Hugo se remite al *deber ser* de las revisiones médicas, puesto que en los esquemas de apreciación que conforman el *habitus médico profesional autoritario*, 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, puesto 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 et al. 2014).

DIFERENCIAS QUE INVISIBILIZAN LAS 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 la obesidad, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la 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! (58 años, cardiólogo)

El énfasis en lo biológico muestra las limitaciones médicas para incorporar otras dimensiones a la conducta de las mujeres. Se subestiman las condiciones socioculturales y contextuales de las pacientes, y la información sobre los determinantes de la salud proveniente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no permea las prácticas de atención.

Por otro lado, el énfasis en lo biológico hace que los esfuerzos se centren en la detección y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, los que se tratan como si ya fuera la enfermedad. Teresa dice que:

TERESA: Cuando tratamos esas enfermedades... los factores de riesgo, ¡no tratamos a la enfermedad! ¡Tratamos el riesgo!... ¡Tratamos el riesgo! (46 años, cardióloga)

El problema es que esto contribuye a la desinformación y a la confusión sobre la EC de las pacientes. Además, cuando se tratan algunos de los factores de riesgo como si fueran enfermedades –particularmente con 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 et al. 2011), continúan infrarrepresentadas (*Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, 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 las médicas sí visualizaban algunos factores socioculturales y de género que, en su opinión, exponen a las mujeres a mayor riesgo, como dijo Leticia:

LETICIA: 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 haber 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 qué otra cosa! (57 años, médica general)

Se aprecia que Leticia señala como factores de riesgo tanto los estresores específicos de género como los problemas socioeconómicos. Si bien otras médicas comparten sus observaciones, también se obtuvieron en diferentes momentos de las entrevistas líneas de argumentación contradictorias, incluso con la misma entrevistada, dependiendo de la posición de “sujeto” 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:

ELENA: 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 (60 años, 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 (Susana Rodríguez 2011), aunque la publicidad no incluía a las mujeres (Jiménez s/f). Para las feministas de la primera ola (de los siglos XVIII al XIX) fue un símbolo de transgresión 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 conforme a los modelos socialmente impuestos (Jiménez s/f). Además lo ligó a la idea de que fumar es efectivo para disminuir la ansiedad, como lo expresó Leticia 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 los espacios sociales y 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 hecho de que las mujeres fumaran o bebieran alcohol era una “grave infracción a las normas sociales” que se asociaba a la decadencia

moral de las mujeres, a las que incluso se las catalogaba de desviadas (Jiménez s/f, 1). Estas ideas escondidas en forma preconsciente, porque están implantadas en el imaginario, se reproducen en la argumentación de Elena acerca del *peso moral* de los *hábitos*, un discurso que difiere sustancialmente del que se obtuvo en las entrevistas a las mujeres, cuando hablaron de *lo moral* para significar el sufrimiento.

Elena dijo que las mujeres atribuían sus malestares cardíacos a su edad y a los roles de género en la vida cotidiana, lo que retrasaba su atención médica y por eso se “captaban” y se las diagnosticaban más tardíamente con un problema cardíaco. Elena enfatizó la responsabilidad individual de las mujeres por dicha demora:

ELENA: 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 [sic] 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! (60 años, 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 de un problema cardíaco, y que además entran en tensión con otras obligaciones, como la del trabajo remunerado. Esta observación de Elena concuerda con las expresiones de las mujeres en las entrevistas en profundidad, acerca de ser más “aguantadoras” porque 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 el personal médico también tiene un papel importante. 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”: el dolor precordial que puede irradiarse al brazo izquierdo, mandíbula y espalda, y otros descritos previamente. Esta concepción de la EC lleva con frecuencia a etiquetar la EC en las mujeres como “atípica”. Al respecto José señala:

JOSÉ: 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 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 tienen nada... ¡no tienen nada! (63 años, cardiólogo)

Es decir, José caracteriza a la EC en las mujeres como atípica y diferente de la de los hombres. Confirma que puede retrasarse el diagnóstico en ellas y luego remite a un proceso de autorreflexión 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 dijo 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 que las atiendan.

Histéricas 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. Leticia narra al respecto:

LETICIA: A mí 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 preocuponas, más tensas, más todo, más... lábiles. (57 años, médica general)

Leticia reproduce la naturalización social de las mujeres como más emocionales, estereotipo encarnado en su *habitus de género*. Y al continuar con la descripción, ella misma narra sobre la descalificación y subestimación de los síntomas de las mujeres cuando llegan a los servicios de salud:

LETICIA: Siempre decimos “Es histérica”... ¿eh?... Como decimos en el hospital... “¡Es un PVH!”³⁵ ¡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, sí está manifestando que tiene molestias. ¡A él sí le creen! ¡A él sí le creen! Así creo yo. (57 años, médica general)

De manera que una expresión emergente en la investigación es “Nos dicen histéricas”, y habla de 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 en las mujeres. Hugo cuenta:

HUGO: 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 sí 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 cinco mil 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! (58 años, médico general)

La sigla 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 Leticia y de Hugo aluden a una práctica frecuente: la estigmatización de la mujer –histérica–, la descalificación de sus síntomas –fingidos– y la utilización de “tratamientos alternativos” no inocuos para “revertir” la histeria.

³⁵ La sigla PVH corresponde a la expresión “pinche vieja histérica”.

Otra etiqueta para las mujeres es que son “complejas”, expresión que se equipara con “emocionales”. Con esta calificación se culpabiliza y, en el caso de Teresa, se *autoculpabiliza*, como se observa en el siguiente testimonio:

TERESA: 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! (46 años, cardióloga)

Histéricas, emocionales, complejas son términos con los que se etiqueta socialmente a las mujeres, y que reprodujeron tanto los médicos como las médicas que participaron en esta investigación. Mientras que la sigla PVH se refiere a un “diagnóstico” que une la naturalización social de las mujeres, la descalificación de sus malestares y su patologización no sólo con la concepción histórica de las mujeres como seres enfermas *histéricas* (Urzainki 2014), sino también con la violencia de género y la misoginia: *pinche vieja*.

Esta práctica clasificatoria de las mujeres con EC como *histéricas* contribuye al subregistro de sus primeros síntomas coronarios, retrasa la atención temprana y oportuna de la enfermedad y viola sus derechos al no ofrecérseles una atención digna y de calidad, así como a tener un diagnóstico correcto.

De acuerdo con las narrativas, las *mujeres-pacientes* siguen teniendo menos oportunidades para que se les realicen 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:

TERESA: 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 microvascular! 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 menopáusica!, 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. (46 años, cardióloga)

A pesar de los reportes en la literatura biomédica sobre las diferencias anatómicas y fisiológicas en la circulación coronaria de hombres y de mujeres (Pratt 2007; Gadda 2010; Barros et al. 2013), y de las diferencias en la caracterización de la EC (Medrano 2012), persisten los esquemas de apreciación de la enfermedad, según el estándar masculino. Sergio señala sobre las diferencias de la EC:

SERGIO: 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 éstas lo que tienen es puro estrés!, pero buscan, pues... porque les duele el pecho. (58 años, cardiólogo)

Al respecto, es importante resaltar lo que dice Teresa sobre el hecho de que la mayoría de los 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, del menor “precio” que tienen que pagar las mujeres. Para Sergio, el que ellas no tengan tantas “responsabilidades”, 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 que Sergio sí considera que las mujeres lo que buscan es llamar la atención, porque ésa 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 o la depresión.

José dice que cuando no se encuentran lesiones “típicas” en los estudios de las mujeres, hay que tomar esos resultados con cautela, ante la posibilidad de falsos negativos, porque puede ser que las mujeres realmente sí tengan la enfermedad:

LUCERO: ¿Crees que sea necesario trabajar con protocolos diferentes para hombres y mujeres con 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 dobuta³⁶ o un perfusorio, que eso probablemente ya te salga positivo. (63 años, cardiólogo)

Sugirió la utilización de estudios diagnósticos más específicos para las mujeres, expresándose en cómo debería estudiárseles, 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 veremos enseguida, entre especialistas de cardiología también hay diferencias de opinión y, en consecuencia, de las 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 treinta años pueden tener un problema coronario!... Pero te llega un paciente con un dolor en el pecho de treinta 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! (58 años, cardiólogo)

³⁶ Apócope de dobutamina.

Trae a colación otro factor que contribuye al subregistro de la EC, la presentación inicial de la enfermedad en etapas más tempranas de la vida, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, en el caso de las mujeres se suman ambos sesgos –de género y generacional– (Tajer 2009, Fundación Favaloro s/f). Es decir, que el subregistro de la EC es mayor en mujeres jóvenes, cuando se comparan con hombres de la misma edad y con mujeres posmenopáusicas (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:

TERESA: La situación es que a veces impacta más a un hombre de cuarenta años con infarto, que a una mujer de cincuenta, porque puede ser que un hombre a los cuarenta sea muy productivo todavía y una mujer a los cincuenta ¡no tanto! Entonces, como que el impacto social cambia, ¿no?... O puede ser un hombre a los cincuenta, a una mujer a los sesenta, 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 sesenta y cinco años! (46 años, cardióloga)

Estas líneas argumentativas se relacionan 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 de Sergio cuando dice que las mujeres pagan “menos precio” y tienen “menos responsabilidades” (productivas) que los hombres, valoraciones que 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 las mujeres se está presentando en edades más tempranas, también ellas son responsables, ya que en su opinión:

JOSÉ: La mujer empieza a tener más 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 treinta años, entre los treinta y los cuarenta 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! (63 años, cardiólogo)

En su discurso se aprecia cómo las predisposiciones incorporadas en el *habitus médico profesional autoritario*, a través de “descalificaciones, regulaciones, jerarquizaciones” (Roberto Castro 2014a, 174), en cuanto 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” (Roberto Castro 2014a, 174). En este caso se expresa a través de la emisión de juicios de valor hacia las mujeres, porque tendrían la obligación de “demostrar” al personal médico (antes de enfermar) que les preocupa su salud.

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN

Como hemos descrito en páginas anteriores, los y las profesionales médicos consideran que es la cultura de las pacientes lo que determina sus prácticas de atención. Pero también se reconoce que dicha cultura no está influenciada por el sector de la 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 la EC. Elena opina lo siguiente:

ELENA: 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! (60 años, cardióloga)

Ella señaló, como lo hizo la mayoría, que el sector privilegia la prevención y atención temprana de las enfermedades relacionadas con la reproducción, 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 de 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 señaló:

LUCERO: ¿Consideras que hagan falta campañas para concienciar 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, ¿sí? O concientizarlas del cigarro, del daño que hace, pues sería lo único, ¿no? Pero, pues... ¿qué tanta diferencia?... Yo creo que sí 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. (58 años, cardiólogo intervencionista)

El personal médico menciona que la única campaña mediática dirigida específicamente a la población femenina, la patrocinó la industria farmacéutica en 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 medicar los 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 en las mujeres.

Hugo señaló que el nivel gubernamental no ha invertido en campañas sobre la EC:

HUGO: 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! (58 años, médico general)

Para Hugo, hay una ausencia o al menos un retardo en la implementación de estrategias preventivas para la EC en las mujeres, lo que apoya la necesidad de visibilizar las diferencias y las desigualdades en la EC entre hombres y mujeres, y de llevar a acciones positivas para buscar la equidad de género en la atención de este problema de salud.

Por otra parte, el personal del primer nivel de atención señaló que las diferencias de género de la EC son un tema que se soslaya en sus reuniones y congresos. En palabras de Leticia:

LETICIA: Me ha tocado, fíjate, 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... (57 años, médica general)

Es decir, que no sólo la información sobre la EC se sigue manejando en forma general, sino que, además, de acuerdo con Leticia, no se le da importancia a las diferencias de la EC entre hombres y mujeres. En este sentido, ella coincide con Teresa, cuando dice que este tema no lo abordan todas las sociedades médicas con la frecuencia e intensidad que se requiere, sólo que Teresa agrega otra de sus experiencias en el sector de la salud:

TERESA: 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! (46 años, cardióloga)

Como se comentó en el capítulo de contexto, la Secretaría de Salud tiene un plan de acción para el riesgo cardiovascular, lo que apreciamos es que el personal médico que se entrevistó, no lo conoce. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, al que hace referencia Teresa, atiende cánceres femeninos, y también tiene programas para la búsqueda de la igualdad de género en salud, la prevención y la atención de la violencia de género, la salud materna y perinatal, la planificación familiar y la anticoncepción, y la salud sexual y reproductiva de las 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!

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. (46 años, cardióloga)

De acuerdo con estas argumentaciones, entendemos que la invisibilización de la EC en las mujeres obedece a varios factores: *a)* falta de concienciación de las mujeres y su menor percepción del riesgo de padecerla; *b)* falta de interés por parte del personal médico para reconocer, identificar y trabajar viendo más allá de las diferencias biológicas; *c)* su desconocimiento sobre las desigualdades de género de la enfermedad. Y por parte del sector salud, *e)* que no se haya trabajado este problema con el mismo énfasis que se hace para los cánceres relacionados con la reproducción.

Contrario a las afirmaciones de sus colegas, Sergio señaló que sí se conoce este problema en el área médica:

LUCERO: ¿Consideras que sería conveniente abordar acerca de las particularidades de la EC de las 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 [que] 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! (58 años, cardiólogo intervencionista)

En su explicación, Sergio evade la respuesta, pues no hace referencia directa al porqué de no hablar de las particularidades de género de la EC, no sólo porque considera que no hay nada nuevo que decir al personal médico sobre este tema, sino también porque centra la respuesta en la detección de los factores de riesgo cardiovascular; es decir, en la prevención secundaria, y también porque no considera que haya diferencias socioculturales ni de género en la EC, como se comentó previamente.

Sin embargo, 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! (63 años, cardiólogo)

Él enfatiza la necesidad de trabajar permanentemente en la prevención de la EC en las mujeres. Lo que parece evidente es que la invisibilización de la EC en las mujeres en los congresos médicos es una constante, como se aprecia en estos testimonios:

TERESA: 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 (46 años, cardióloga)

NICOLÁS: 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 hombres jóvenes y que ya después que hay la deficiencia de estrógenos se iguala el riesgo. (28 años, médico general)

Sólo uno de los cardiólogos entrevistados considera necesario establecer protocolos diferentes para llegar al diagnóstico de la EC en las 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: Sería insistir más que si a una mujer le hacen una prueba de esfuerzo, y ésta sale negativa, ¡llévala a otro estudio! [...] [y] probablemente ya te salga positivo. [Otras pruebas] 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! (63 años, cardiólogo)

En su argumentación se observan indicios de avances en la atención de la EC en las mujeres, cuando reconoce que los procedimientos diagnósticos más comunes no son tan útiles en ellas, y que son necesarias herramientas diagnósticas más certeras. De otro modo se corre el riesgo de no hacer diagnósticos oportunos. 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 en las mujeres (Tajer et al. 2014a), acciones que han mejorado sin revertir completamente las desigualdades (Tajer et al. 2013).

¿DERECHOS? ¡RESPONSABILIDADES!
“TENER UN CUERPO Y MANEJARLO SALUDABLEMENTE”

Para profundizar en los derechos en salud de las mujeres se indagaron varios aspectos con el personal que las atendía. Uno de ellos es si consideraban 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 médicos y médicas.

Las médicas señalaron la violencia de género como una de las razones por las que las mujeres no buscan atención médica. Luz comentó al respecto:

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! (48 años, médica general)

Luz habla de equidad de género, junto al miedo, a la violencia y a los derechos, a la vez que encarna su *habitus de género*. En su argumentación se aprecia la reproducción social de su papel subordinado 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, las médicas (principalmente) trajeron a colación el papel creciente de las mujeres en el mundo laboral: cómo ellas 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 equitativa”, ya que esto beneficiaría a las mujeres para llevar a cabo más actividades relacionadas con su salud:

ELENA: 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 “Qué 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; sí en cantidades pero en calidad... Que tome ciertas medidas para ir al súper más tranquilamente y que vea qué va a comprar y después cómo lo va a hacer y todo eso. (60 años, cardióloga)

Se observa también que Elena reproduce el *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 la atención a las necesidades de los *otros*.

Por otro lado, Luz cuestiona la falta de apoyo familiar para las mujeres, y narró su experiencia sobre cómo ellas posponen sus citas médicas por estar al cuidado de *otros*, como sus hijos o hijas, y en el caso de las abuelas a sus nietos o nietas:

LUZ: No vienen a la cita y me dicen “No pude ir porque el niño se enfermó y no tengo quien me lo cuide”. Sí 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 sí 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? (48 años, 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 entrevista 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, porque están socialmente determinadas y relacionadas con capitales específicos y relaciones de poder institucionalizadas que participan “en la producción y reproducción de las relaciones de dominación” (Roberto Castro 2014b, 172).

En cuanto a los 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 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 daba a las mujeres sobre la EC. Cuando se les preguntó qué tipo de decisiones pueden tomar las mujeres acerca de la EC, se les dificultó responder. Por ejemplo, José dijo:

JOSÉ: Pues la decisión que deben de tomar [las mujeres]... Primero, la actitud preventiva, el control de los factores de riesgo y después pensar ¡que se enferman igual que los hombres! y que deben... Las mujeres, como están pendientes del cáncer de mama, del cáncer cervicouterino, ¡debían estar pendientes también del corazón!, que se enferman arriba de cierta edad, se emparejan con el hombre y lo rebasan en la enfermedad del corazón. (63 años, 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 su salud cardiovascular.

Este sentido normativo se expresa en otras entrevistas como el “control”, la “educación”, la “cultura”, pero en lo general se circunscriben a lo que las mujeres *deberían hacer* para no enfermar, no en qué decisiones pueden tomar en relación con 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 qué 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 cómo maneja los colesterol! ¡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...! (60 años, cardióloga)

Elena traduce “toma de decisiones sobre la enfermedad” a “la decisión de cuidarse a sí mismas”. Individualiza la respuesta y la torna en un discurso de “responsabilidades”. Se aleja propiamente de la pregunta sobre la toma de decisiones en el espacio de la atención médica, en la consulta. Sin embargo, considerando que asumir una responsabilidad es tomar una decisión, que 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 colesterol”, líneas argumentativas que van de la mano con la visión de los factores de riesgo como productos de los estilos de vida, sin considerar las condiciones macrosociales y las culturales, y además aluden a asuntos que son de laboratorio y no visibles al ojo humano.

De igual modo, para identificar los procesos de toma de decisiones y de gestión de las necesidades en la salud de las *mujeres-pacientes*, se preguntó al personal médico si las mujeres solían acudir solas o acompañadas a la consulta médica. La mayoría señaló que suelen ir solas a consulta, y que cuando acuden acompañadas es generalmente por otra mujer. Teresa dijo que aun cuando las acompañe su pareja, “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 la 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 local!, ¡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”. (63 años, cardiólogo)

En este párrafo José señala que las parejas descalifican a las mujeres, que más que ayudarlas con la compañía 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. Éste es un punto importante en la atención médica, pues la secuencia de estudios para llegar a un diagnóstico depende de la “sospecha” clínica. El problema es que la estigmatización de las mujeres como *locas*, *menopáusicas*, *emocionales*, *depresivas*, *hísticas*, puede reproducirse en el campo médico, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad.

El personal entrevistado señaló que, cuando emitían indicaciones médicas, se dirigían a las propias mujeres, ya que ellas “toman el volante” en cuestiones de salud, tanto de la propia como de la de su pareja. Es decir, se expresan contradicciones, ya que por un lado se las descalificaba por sus acciones o inacciones

en relación con los cuidados de su salud y toma de decisiones sobre la EC y, por otro lado, identificaban su rol como cuidadoras de la salud de *otros*, específicamente en el caso de cónyuges afectados por EC. El personal médico se dirigía a ellas, identificándolas como las “encargadas” de los cuidados de sus parejas. Elena señaló:

ELENA: 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 [sic] 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 por qué 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. (60 años, cardióloga)

Aparte de esta contradicción, también se observó que si bien las mujeres eran las cuidadoras de la salud familiar, aquellos a quienes ellas cuidaban no las retribuían de la misma manera; por ejemplo, tenían menos posibilidades de inserción en programas de rehabilitación,³⁷ ya que, según Luz, “no tienen quien las lleve”. Esta frase refleja la mayor dependencia de las mujeres para movilizarse y también coincide con los reportes de Orth-Gomér (2009) sobre la menor tasa de sobrevida en las mujeres con EC, asociada a que tenían menos soporte de las redes de apoyo. En las entrevistas en profundidad se evidenció que ninguna de las nueve mujeres participantes acudía a programas de rehabilitación.

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:

SERGIO: 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 cómo 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. (58 años, cardiólogo hemodinamista)

La mayoría de los médicos y las médicas consideraron 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 excepción de Luz. Este punto se abordó en las entrevistas en profundidad, y se evidenció que las mujeres no estaban integradas a los 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 de medicamentos, como los ansiolíticos, sin soporte emocional para las mujeres afectadas. Sergio comentó sobre este tema y las dificultades para dar un seguimiento a un problema que no consideraba estrictamente de la especialidad (cardiología), evidenciando la necesidad del manejo integral y multidisciplinario de la EC. A la vez dijo que en ocasiones padecer EC lleva a “trastornos” por los cambios y problemas de adaptación a las nuevas condiciones de vida; confirmó lo que

³⁷ 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)

habían narrado las mujeres en las entrevistas en profundidad: que la prescripción de ansiolíticos persiste después de establecido el diagnóstico de EC.

Leticia señaló que uno de los problemas que enfrentan las mujeres, y que incluso es una de las causas de consulta, es que buscan que las escuchen:

LETICIA: 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 ¡Éste es un factor muy importante! ¡El estrés y la ansiedad! ¡Todo eso! (57 años, médica general)

El testimonio de Leticia confirma la exclusión de las voces de las mujeres. Aunque ella se refiere al ámbito doméstico, las mujeres entrevistadas expresaron que eso también sucedía 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:

LUZ: 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? (48 años, médica general)

Ésta es una aseveración común en todas las entrevistas que realizamos al personal médico, 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 por el personal médico, se concluye que las mujeres acudían más frecuentemente a consulta médica principalmente por razones reproductivas o de acompañamiento a *otros*, pero cuando se trataba de malestares cardíacos, demoraban la búsqueda de atención médica por las razones comentadas en capítulos previos.

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 o por profesionales inexpertos.

Por último, surgieron algunos discursos sobre problemas de acceso que enfrentan quienes padecen EC. Por ejemplo, Elena señaló que la precariedad económica afecta las decisiones, tanto de mujeres como de hombres con EC, y nos dijo que:

ELENA: 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? Ése es un problema que tiene ahorita el sector salud. (60 años, cardióloga)

Elena hace una importante reflexión sobre las barreras estructurales para la atención de los problemas cardiovasculares de las mujeres (y de los hombres), al evidenciar lo caro (en costos económicos) de la enfermedad y de los procedimientos que se requieren para su diagnóstico y tratamiento, como lo habían mostrado Rholf et al. (2004) en su estudio.

Ella alude también a las dimensiones macroestructurales relacionadas con las instituciones de salud como elementos centrales del campo médico (Roberto Castro 2014a), en el que se construye el conjunto de predisposiciones de los *habitus* que se estructuran y que el mismo campo estructura; y en el que se da cabida a los capitales de diferentes actores y actoras sociales (mujeres, médicos, médicas).

Mientras que las condiciones de posibilidad de derechos en salud son un asunto que se refiere a la toma de decisiones de las mujeres, al proceso de apropiación de los derechos y al poder para autorizarse a sí mismas a ejercerlos, también se relaciona con el acceso a la prestación de servicios médicos, con el reconocimiento del personal médico de que las mujeres tienen derechos y con la presencia de un Estado garante de derechos y de recursos que posibiliten su ejercicio.

VII

LAS DIFERENTES MIRADAS SOBRE LA EC EN LAS MUJERES

En el presente capítulo presentamos la integración de la información empírica con los conceptos teóricos y emergentes. Se aborda la percepción y comprensión de la EC en las mujeres por parte de las propias mujeres encuestadas y entrevistadas, así como del personal médico que las atiende. También se habla acerca de las prácticas de cuidados y de la percepción y el ejercicio de los 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 actores y las actoras en el campo médico, que incluye la discriminación de género y el dominio de quien presta la atención a las mujeres con EC. Por otra parte, se encuentra que la construcción de la EC como masculina invisibiliza las 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.

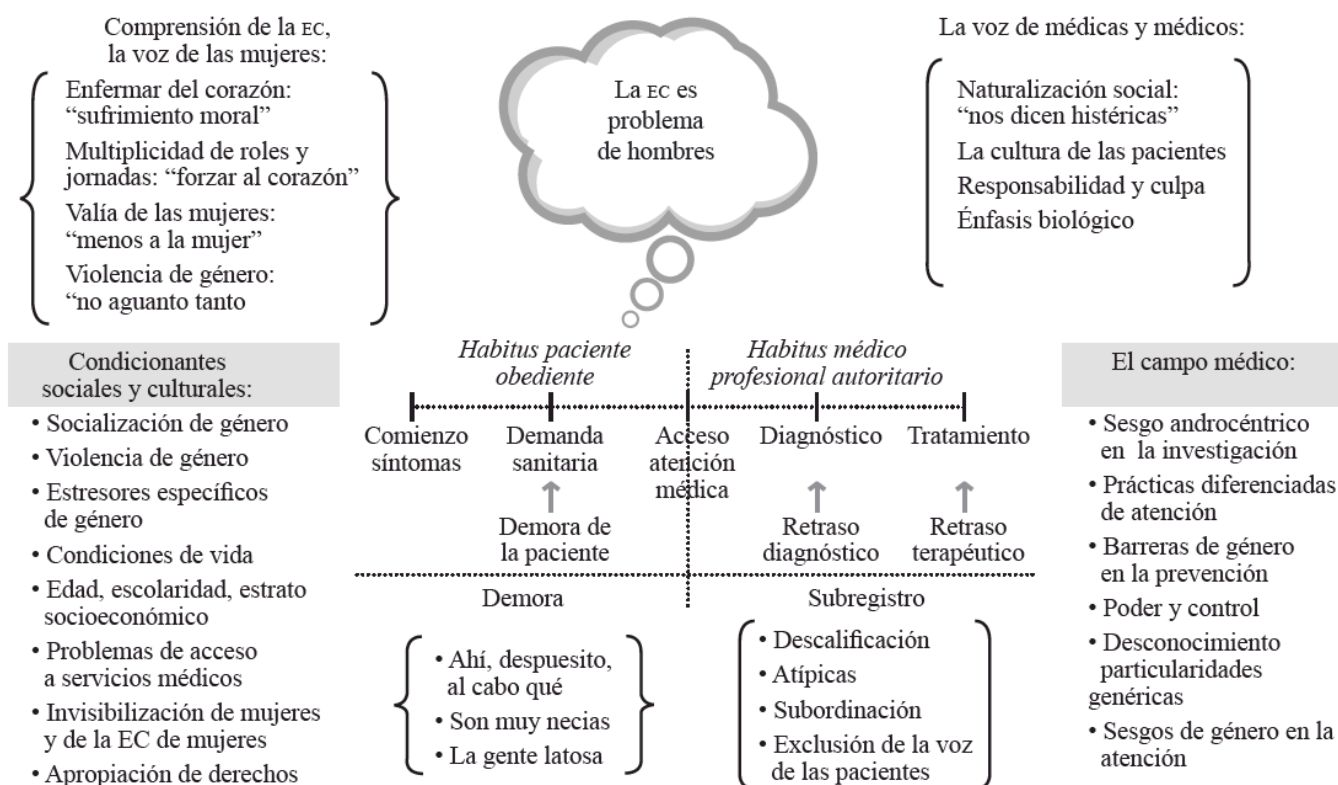
Es importante resaltar las diferencias biológicas entre hombres y mujeres con EC, pero no hay que olvidar que esas diferencias siempre se interpretan a partir de las desigualdades sociales (Esteban 2010). Es cierto que la EC es causa de sobremortalidad masculina en el varón de mediana edad, que hay una brecha en la edad de aparición de la enfermedad entre los hombres y las mujeres, que las mujeres tienen más comorbilidad y que hay diferencias fisiológicas, anatómicas y hormonales entre varones y mujeres (Pratt 2007; Zárate et al. 2007; Cortés-Bergoderi et al. 2012). Pero también lo es que ellas tienen más probabilidades de morir que los hombres cuando acuden a atención médica por EC. Se sabe que las mujeres tienen menos recursos, enfrentan más descalificaciones y que ellas y sus malestares se valoran menos en los ámbitos de la salud (Tajer et al. 2014a; Sancho, Solano y Solera 2015). Que la EC no afecta a las mujeres antes de la menopausia porque están protegidas por las hormonas femeninas es un mito, pues si bien es cierto que su incidencia es menor en mujeres jóvenes, también lo es que cuando la desarrollan, sus probabilidades de morir siguen siendo más altas en comparación con los hombres de la misma edad (Fundación Favaloro s/f; Tajer 2005; 2009).

La EC construida con base en el modelo masculino genera la invisibilización de las especificidades de la EC en las 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 enfermedad a través de malestares que, en cuanto “inespecíficos”, las somete a largo tiempo sin atención, como lo expresaron las mujeres entrevistadas. Además, ellas 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 les ofreciera información entendible sobre su diagnóstico. Sin embargo, como hemos visto en los distintos testimonios, tal expectativa no se cumplía.

Las evidencias demuestran que hay retrasos para dar a conocer a la sociedad en general y a las mujeres en particular información específica sobre la EC en las 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 en las mujeres se relacionan de múltiples maneras con el género.

En la [figura 25](#) se observan algunas dimensiones de la EC en las mujeres y un esquema lineal sobre la demora en la búsqueda de atención y el retraso diagnóstico y terapéutico.

Figura 25. La multidimensionalidad en la comprensión de la EC y la demora en la atención médica



Fuente: elaboración propia. Investigación realizada en Hermosillo de enero de 2012 a diciembre de 2015.

La figura condensa algunos de los ejes acerca de la EC en las mujeres. Se observan dimensiones macro y microestructurales 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. Del personal médico que las atiende, se muestra 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 y 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; 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, Hunt y Graham 2001; Lepraz 2012), la asociación es comprensible. A las creencias y a las prácticas socio-históricas de la EC las etiquetaron de masculinas, ligándolas al hombre público y exitoso. Así, la exclusión de las mujeres persiste en el imaginario, como lo demuestra el considerable porcentaje de encuestadas y entrevistadas que no tenían 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 éstas no son razones de peso para la cientificidad, 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 et al. 2011).

En el caso de las mujeres más jóvenes, la transgresión de los roles de género tradicionales es una travesía accidentada. Aunque no se está homogenizando a las mujeres, de acuerdo con Burin (2008) hay cambios generacionales y de roles de género, con deseos e ideales que pueden contraponerse y causar culpa, por ejemplo, cumplir con ser madres y formar una familia, como lo marcan las normas de género, o empeñarse en el desarrollo personal y profesional laboral y no llevar a cabo esos mandatos de género, lo que puede llevar a las mujeres a la *autoculpabilización* y a la sobrecarga.

En este trabajo se observa claramente cómo las médicas a veces utilizaban esquemas de percepción y apreciación del *habitus de género*, reconociendo o identificándose con las pacientes en calidad de mujeres; pero en otros momentos las predisposiciones corresponden al *habitus médico profesional autoritario* y la argumentación difiere o incluso es contradictoria, porque asumen 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 la relacionan con las actividades de su vida cotidiana. Pero hay ejes que atraviesan todas sus historias, y uno de los principales es la construcción genérica. Se documentó que ellas descalificaban sus malestares y *autodesautorizaban* sus propios padeceres. Estos sentimientos y prácticas se ven reforzados por la descalificación que también viven con sus parejas, familias y en el campo médico.

Los juicios de valor con los que se *autodescalifican* y se les descalifica, tanto por sus acciones como por sus inacciones en salud, contribuyen a separar y confinar sus malestares, dificultando así el reconocimiento de la enfermedad que padecen.

Los estudios de género han identificado que los procesos de socialización de las mujeres en sociedades como la mexicana –en cuanto que estructurales e institucionalizados a través de la familia, de las escuelas, de la religión y de todas las arenas socioculturales inmediatas y mediatas–, donde se decantan roles reproductivos, como la maternidad (Yanes 2012), les confieren a estos roles su mayor valor social.

A pesar de que el trabajo reproductivo de las mujeres contribuye sustancialmente al bienestar de la sociedad, no se reconoce como tal y generalmente es invisible. Este trabajo carece de remuneración económica, no se contabiliza en el producto interno bruto (PIB) (Fondo Monetario Internacional, FMI 2013) y tiene menor valor social que los roles productivos, tradicionalmente masculinos.

Las evidencias en los testimonios sobre los trabajos maternos, tal como los describen las entrevistadas, sostienen explícitamente que la meta de su trabajo es sacar adelante a sus hijos e hijas, y que esto las llevó 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 se interioriza, se refuerza y se reproduce como si fuera natural, dejando invisible su construcción social y cultural. Es, además, altamente agotador: lleva a las mujeres a *sobreadaptarse* y a sobreexigirse (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, a lo que sumaban su trabajo doméstico; esto representó otra sobrecarga que afectó su salud.

Hay que enfatizar esta situación porque, además de que nos ubica contextualmente, se relaciona con el acceso diferenciado a los recursos para la 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 las condiciones de vida, como la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, tal como se ha señalado en otras investigaciones (Tajer 2009; Tajer et al. 2014a).

En cuanto al sesgo de edad, cabe poner el énfasis en la importancia de señalar que las mujeres más jóvenes, las universitarias, estaban menos informadas sobre la EC en las mujeres, lo que demuestra que están en la *sombra* para los servicios de salud. Ellas acuden poco, se ven poco y 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, en la encuesta seleccionó como causas de estrés en las mujeres: los problemas económico-laborales, los problemas familiares, la necesidad de cumplir con todo y la falta de tiempo libre. Estas respuestas desvelan estresores específicos de género que influyen en la percepción del riesgo y en las prácticas, como ya lo habían reportado Tajer et al. (2014a). Además, las mujeres vulnerables no pudieron o no supieron identificar estos factores con mayor frecuencia que las no vulnerables, lo que implica limitaciones para reaccionar ante la vida (y la enfermedad).

En la [figura 26](#) se muestran los estresores específicos de género que conforman modos femeninos de padecer la EC.

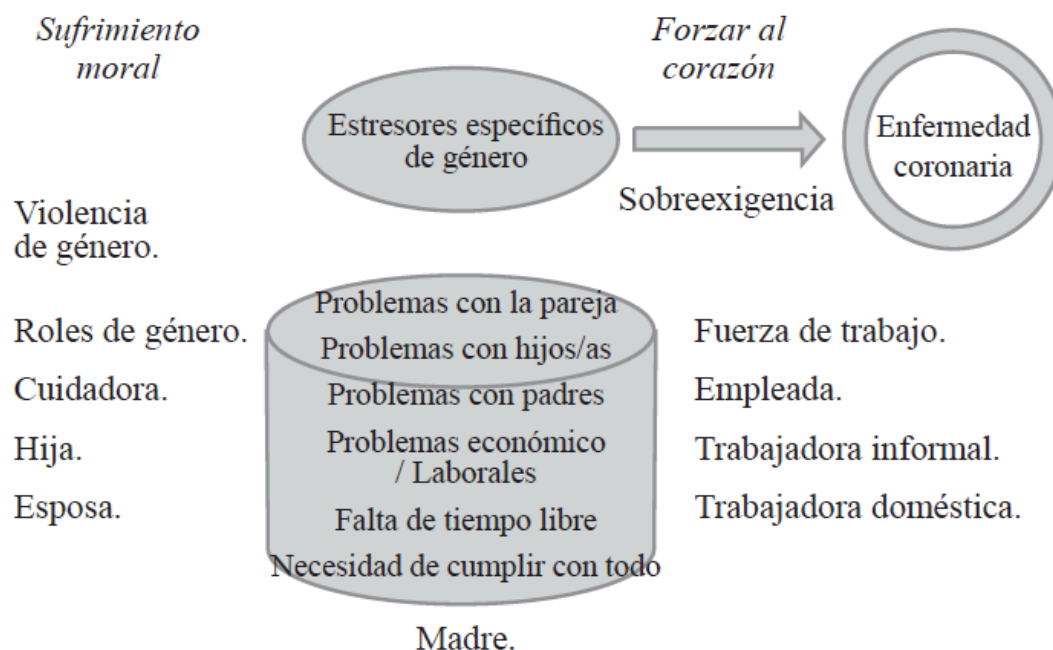
Cuando las mujeres hablan de estrés, generalmente éste lleva implícito una historia de cuidados a *otros*. Las mujeres encuestadas y entrevistadas consideraron que no tenían tiempo para sí y que estaban obligadas a cumplir con todo, es decir, tenían que cumplir con mandatos y premisas de género, como 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, porque son subjetividad socializada. Por eso podemos señalarlos como *habitus de género*, definiendo *habitus* en los términos de Bourdieu.

La sumatoria de roles, identificada por algunas de las mujeres entrevistadas, las llevó a *autoculpabilizarse* por no haber podido parar, con lo que lastimaron su cuerpo y su corazón, al forzarlos a trabajar de tal manera que enfermaron. Esta *autoculpabilización*, 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 cuanto *ser de otros* implica la autocensura y la censura de sus propias demandas, el negarse o no poder cumplir las demandas de género las hace sentir culpables (Andreani 1998).

Además, atribuían la EC a sus experiencias vividas a través del *sufrimiento moral*, pues relacionaban la enfermedad con múltiples pérdidas, abandono, soledad y depresión; las entrevistadas establecieron una fuerte relación entre la violencia de género y el enfermar del corazón.

El *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 en las mujeres las coloca en desventaja.

Figura 26. 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



Fuente: elaboración propia. Investigación realizada en Hermosillo de enero de 2012 a diciembre de 2015.

Las palabras y sus significados reflejan la forma de ver el mundo. Se construyen en el ámbito social y cultural y de éste incorporan las ideas predominantes acerca del corazón y sus enfermedades, que dan lugar a las estrategias individuales y colectivas de cuidados de la salud. En este sentido, *sufrimiento moral* es un concepto que cruza otros ejes y visibiliza las maneras 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 tres dimensiones: 1) la relacional se vincula con la manera en que las mujeres se sitúan y ven el mundo en relación con los *otros*; 2) la internalización o la introyección se refiere al regreso de esa mirada externa hacia sí mismas, como subjetividad construida socialmente, es decir, como *habitus* que en cuanto *estructura estructurada* configura sus pensamientos; 3) finalmente se concreta el *habitus* que, como *estructura estructurante*, organiza las prácticas y la percepción de ellas mismas, de manera que se vuelve a exteriorizar en las acciones de las mujeres con prácticas subordinadas que contribuyen a constituir 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; así, se les indicaba 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, porque son conductas rígidas que no toman en cuenta la heterogeneidad de las situaciones de las *mujeres-pacientes*, con sus subjetividades y distintas

capacidades de agencia, que trascienden el plano individual y que se insertan 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.

Por otro lado, el *sufrimiento moral* es un concepto que, basado en la subjetividad, comprende la elaboración, la representación y las formas en que las mujeres entienden la enfermedad coronaria y también las conexiones entre las condiciones de vida, en pareja, en familia y en su medio social.

Se reconoce que con la integración masiva de las mujeres a la actividad pública se han multiplicado sus relaciones sociales y sus roles; a la vez tienen mayor 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–. Además, esas mujeres 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 los grupos de mujeres en diferentes posiciones en la jerarquía social y en la distribución del poder, de acuerdo con los capitales que posean. En el campo médico, sin embargo, persiste su posición subordinada, dado su estatus de paciente, debido a que es 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 el ámbito de la 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 –*histéricas*– 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 *histéricas* contribuye al subregistro 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 con la desinformación sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC y al identificar una figura masculina como quien padece EC, como se ha reportado en otras investigaciones (Mosca et al. 2010; Rolandi et al. 2013).

Aunque todas las mujeres señalaron más los cánceres relacionados con la reproducción que la EC como problema de salud y causa de muerte en las mujeres, igual que en otros estudios (Mosca et al. 2010; Rolandi et al. 2013), en nuestro estudio se observa que son las mujeres vulnerables quienes menos la visualizan. Esto demuestra que la falta de identificación de la EC como un problema de salud de las mujeres, aunque con matices relacionados con la edad, condiciones de vida y escolaridad, cruzaba transversalmente la pertenencia de género; y que las mujeres encuestadas y entrevistadas tienen una clara percepción del dolor de pecho, como un problema emocional, al menos en el inicio de la enfermedad.

En la [figura 27](#) se aprecian las diferencias entre las miradas de las mujeres que participaron en la investigación y del personal médico que las atendía, sobre la información que tienen las mujeres acerca de la EC; lo que el personal médico opina sobre este punto; y acerca de la demora en la búsqueda de atención médica. Se contrastan los testimonios con base en los conceptos que emergieron en las entrevistas.

Figura 27. Las miradas de mujeres con enfermedad coronaria y del personal médico acerca de este padecimiento en las mujeres

Entrevistas en profundidad a mujeres con EC.	Entrevistas semiestructuradas al personal médico.
<p>Por no tener conocimientos: Información sobre EC</p>	<p>Sobre la información que consideran tienen las mujeres acerca de la EC</p>
<p>Elsa: 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! [...] ¡Por falta de conocimientos no me di cuenta! [que padecía del corazón]. ¡Nunca! ¡Nunca me enfoqué en tratar de saber por qué 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 [hasta 3 meses después]. (80 años, angina de pecho)</p> <p>Emma: Me dice [el médico]: “Abusada porque te puede dar un infarto”. ¡Nomás! Pero ¡no sé qué 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. (55 años, angina de pecho)</p>	<p>Luz: Pienso que las mujeres sí están informadas, la mayoría... Yo creo que en un ochenta por ciento 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? (48 años, médica general).</p> <p>Teresa: 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. (46 años, cardióloga)</p>
<p>Ahí, despuesito, al cabo qué: La demora en búsqueda de atención</p>	<p>Nos dicen histéricas: La mirada médica sobre la demora de las mujeres</p>
<p>Gabriela: 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? ¡Dejades!, y también ¡pues sí! ¡Tanto el trabajo, a la mejor que...! Dice uno: “¡Ahí, despuesito, al cabo y qué!... (62 años, angina de pecho)</p> <p>Gloria: 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, ¡ésa 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 cinco de la mañana ¡ya no aguanté! (52 años, cardiopatía isquémica)</p>	<p>Hugo: Siempre pasa, ¿no? En casa, ¡los hijos!, a ¡olvidarse de lo demás!... [Las mujeres] ¡vienen a consulta cuando ya se sienten mal del corazón! ¡O llegan al servicio de urgencias cuando ya van peor! (58 años, médico general)</p> <p>José: 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! (63 años, cardiólogo)</p> <p>Leticia: 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!” (57 años, médica general)</p>

Fuente: elaboración propia. Entrevistas en profundidad a mujeres y entrevistas semiestructuradas a médicos y médicas. Hermosillo, Sonora. De enero a diciembre de 2014.

En la [figura 27](#) se observa que la desinformación persistía después de enfermarse del corazón; la mayoría de las mujeres no se atrevieron a exigir información por diversos motivos, por temor a las represalias, debido a la pérdida de sus voces ante la autoridad médica, o porque no se habían apropiado 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. A las mujeres se las clasifica con mayor frecuencia de *emocionales histéricas*, se indaga menos acerca de sus malestares y se les escucha menos, como expresaron las entrevistadas, lo que fue más evidente cuando consultaban a los médicos, pues algunas mujeres expresaron que las médicas les daban más tiempo y escuchaban con mayor atención.

La construcción del campo médico como campo de poder altamente jerarquizado y dominante discrimina a las *mujeres-pacientes*. Los capitales en juego de los actores y de las actoras sociales, como las mujeres y el personal médico que las atiende, son diferentes de acuerdo con 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 que Sergio consideró que las mujeres acudían con mayor facilidad que los hombres al sentir malestares aunque no tuviesen EC, porque “el precio” de hacerlo “es menor” en ellas dado su *menor valor productivo*, el resto de sus colegas y del personal médico del primer nivel institucional de salud dijo que las mujeres con EC retrasan su llegada a atención médica por estar cumpliendo con sus roles de género, aunque las responsabilicen por ello.

Bajo distintas modalidades, la demora también se explica porque: 1) hay subregistro de la EC en las mujeres que buscan atención médica en los servicios de salud, ya sea porque el personal médico no les cree, porque el cuadro clínico es más “atípico”, o porque los exámenes clínicos den resultados falsos; 2) porque las propias mujeres no identifican sus malestares como cardíacos, porque posponen la búsqueda de atención debido a que tienen otras necesidades, o porque tienen experiencias negativas previas en los servicios médicos; 3) porque las parejas o los familiares de las mujeres descalifican sus malestares y no se constituyen como redes de apoyo; 4) debido a los 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 observó en la encuesta y en las entrevistas. Sin embargo, hay elementos comunes en la comprensión de la enfermedad y en la expresión de sus vivencias y estrategias de atención.

Un asunto que resalta es la violencia. La más evidente, expresada por las entrevistadas, es la relacionada con “el hombre”, con la 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, cuando las mujeres pacientes asumen la posición de sus dominantes para justificar la serie de prácticas en la atención que puede serles dañinas, pero que no se establece mediante 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”. Son ese “algo” que no tiene el peso de los “signos” objetivos: lo que el personal médico ve, toca (palpa) y escucha (ausculta), *ergo* lo real, lo verdadero. Así, en el campo médico, hay que eliminar los síntomas que se consideran “subjetivos”.

Sobre este tema, pueden mencionarse los aportes de investigaciones como la de Almanza-Vega et al. (2014), que exploraron las experiencias subjetivas de las mujeres con EC en el manejo del dolor torácico. Las autoras explican la experiencia del síntoma, las estrategias de manejo del mismo y los resultados del síntoma, mediante los componentes fisiológicos, psicológicos y comportamentales.

En este mismo tenor, Céspedes-Cuevas (2012a; 2012b) reportó resultados sobre la percepción, la evaluación y la respuesta al dolor de las mujeres con EC. Estos trabajos aportan a la identificación específica de síntomas en mujeres, aunque no partan de un enfoque sociológico ni de género (Juárez y Castro-Vásquez 2016).

En cuanto a las prácticas de cuidados, en la encuesta se observó que las mujeres vulnerables tienen menos probabilidades de llevar a cabo actividades recomendadas por el área médica para mejorar la salud, y de buscar atención médica después de dolor de pecho.

En cambio, en las entrevistas en profundidad a las mujeres ya diagnosticadas con una EC se constató que falta información suficiente, clara y oportuna después de enfermarse del corazón, lo que contribuye a la falta de comprensión del padecimiento, y que esto, junto a las condiciones de vida y los patrones de género, influye en sus prácticas de cuidados, situación que coadyuva a que las mujeres tengan una percepción de que ellas son las 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 la medicina es que “educando en salud” las personas cambiarán (Cristina Herrera 2009).

El subregistro de la EC en las mujeres y las dificultades para reconocer que ésta “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 de la EC (Ruiz-Cantero 2015) cuando profesionales médicos atribuyen los retrasos en la atención sólo a la responsabilidad individual de las mujeres y 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 la severidad de la enfermedad, las condiciones de vida y los patrones de género que llevan a las mujeres a priorizar otras necesidades sobre las propias, y a postergar la búsqueda de atención (Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016). Comprenderlo de esta manera evita que la responsabilidad de las acciones o las inacciones con respecto a la salud recaigan exclusivamente en las mujeres, y que se las culpabilice por ello.

La información sobre la EC es necesaria, pero la información no es suficiente para que las mujeres acudan inmediatamente cuando inician sus síntomas, o para que cambien los estilos de vida, pues no es lo mismo estar informada que apropiarse 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 los derechos.

Como se comentó en el primer capítulo, la traducción de los conceptos de ciudadanía y derechos a la salud se vuelve más difícil, por el carácter normativo y de control de la medicina (Cristina Herrera 2010). Enseguida se resumen los hallazgos sobre la percepción y ejercicio de los derechos en la atención de la EC.

¡NO TE LO DICEN! DERECHOS EN SALUD

En la encuesta se encontró que 98 por ciento de las mujeres señalaron que la información es un derecho de las personas. En las narrativas fue evidente que sin bien discursivamente reconocían tener derechos en salud (en especial a recibir información sobre la EC y, a una atención digna y de calidad), no sentían esos derechos como propios, ni consideraban que pudiesen exigirlos, porque para hacer posible el ejercicio de los derechos, las pacientes tendrían que plantearlos como exigencia. Ellas temían que se las catalogara de 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 en el interior del mismo campo, como condicionamiento para que las atiendan sin resquemores, y así tratan de evitar que se las 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 en las 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. La cosificación de la enfermedad como un cuadro y la objetualización de las mujeres como objetos, invisibiliza los modos femeninos en que ellas perciben el riesgo coronario y toman (o no) acciones para la salud.

Como se evidenció en las entrevistas, el personal médico enfatiza que el problema principal para establecer el diagnóstico de la EC en las 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” (603), tanto a la propia disciplina médica como a sus profesionales, por no curar la enfermedad.

Lo que se aprecia es que en el campo médico las prácticas, en cuanto reglas del propio campo, refuerzan la subordinación de las mujeres a la autoridad médica, lo cual 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 los derechos en salud, situación identificada en otros estudios (Cristina Herrera 2010). De ahí que las mujeres no exijan sus derechos, tanto por la falta de información sobre la EC como por los problemas en la calidad de la atención y los retardos en los estudios paraclínicos y tratamientos específicos de la enfermedad.

En investigaciones 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 la salud, y la toma de decisiones autónomas queda descartada (Correa y Petchesky 2001; Cerón-Mireles et al. 2006).

Los médicos y las médicas expresaban diferentes opiniones sobre la información que ofrecían y que en su opinión tenían las mujeres acerca de este problema de salud, dependiendo del nivel de atención en que se encontraban ubicados, de los programas y de los protocolos vigentes en cada área, y de su propia experiencia. Pero, en general, consideraban que son las mujeres quienes tienen la responsabilidad de cuidarse y el *deber* de buscar la información.

Asimismo reconocían que las decisiones son competencia, en primer lugar, del personal médico, ya que ellos y ellas 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, este paternalismo médico afecta la capacidad de las mujeres para tomar decisiones en su calidad de pacientes.

Los hallazgos muestran que el personal médico no visualiza plenamente los derechos a la información y a la toma de decisiones de las mujeres en relación con la enfermedad que padecen. La atención de beneficencia encierra contradicciones que sustentan el paternalismo médico con otras dimensiones de la atención, como la falta de toma de decisiones por quienes sufren directamente la enfermedad, que pueden ver afectada su calidad de vida por las acciones médicas.

El discurso médico trasciende el espacio de la consulta al inmiscuirse en la vida cotidiana para tratar de imponer como un *deber* los cambios en los estilos de vida, asumiendo que si las mujeres no obedecen es por la “falta de cultura”. Se emiten juicios de valor que culpabilizan o responsabilizan a las mujeres por “no cuidarse”, sustentados 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 (Cristina 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 abandona la articulación existente entre las condiciones de vida, las sociales, las educativas, las económicas, las culturales, las 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 a las mujeres afectadas por EC, se evidenciaron líneas argumentativas de agradecimiento al personal de salud por la atención que habían recibido, pero, en otros momentos, se aprecia que las mujeres habían recorrido otros caminos de búsqueda de atención porque no estaban conformes. No hubo demandas de mejora pero sí se reprodujo el discurso médico que justificaba los problemas de desatención y que las mujeres habían interiorizado en el *habitus paciente obediente*; de esta manera se expresa también la condición de ciudadanía tutelada frente a la autoridad médica.

Se observaron diferencias en cuanto a los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos entre las trabajadoras o familiares de trabajadoras de la salud y el resto de las mujeres entrevistadas. En las primeras, el personal médico los realizaba en forma más expedita y completa, como si hubiese un *nosotras* (las del gremio de la salud), en comparación con las *otras*. Lo dicho con anterioridad sugiere una cultura del privilegio, y otro capital que debe tomarse en cuenta en el juego de poderes y micropoderes que estructuran el campo médico. Debido a que las mujeres pertenecientes al gremio de la salud poseen capitales simbólicos, por ejemplo, el conocimiento biomédico sobre las enfermedades, están ubicadas en posiciones menos desventajosas y tienen relaciones con el personal médico que las reconoce como cercanas.

CONCLUSIONES

La información recabada en la investigación respondió a la pregunta central que la guió: ¿por qué permanecen invisibilizadas para las mujeres y el personal médico que las atiende las particularidades de género de la EC en las mujeres? De este modo se cumple el objetivo general al obtener conocimiento acerca de por qué persiste la invisibilidad de las particularidades de género.

También se logró cumplir los objetivos específicos al señalar qué información tenían las mujeres acerca de la EC en las mujeres. Se analizaron la percepción, la comprensión, las experiencias y las prácticas de cuidados relacionadas con la EC, así como la toma de decisiones sobre la salud y el proceso de apropiación de los derechos, particularmente el derecho a la información sobre la salud. La información que se recabó con el personal médico que atendía a las mujeres enfermas generó conocimiento acerca de la mirada médica sobre la EC en las mujeres y sobre ellas como pacientes.

Los hallazgos muestran que la invisibilidad de las particularidades de género de la EC en las mujeres se relaciona con el largo tiempo de invisibilidad de las mujeres en los estudios sobre la EC. Esto es una 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 EC en las mujeres. La clasificación de la EC en las mujeres como “atípica” o “inespecífica” contribuye a la perpetuación de ese desconocimiento; esto es, 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 en las mujeres, pero también el personal médico que las atiende, aunque de distintas maneras: un reduccionismo biológico que excluye las dimensiones socioculturales y de género en la construcción de la EC, a pesar de que éstas dan soporte a las estrategias de prevención, de protección, de identificación, de cura y de cuidados en el proceso S/E/A de la EC.

Los malestares de las mujeres tienden descalificarse y a ser 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 histérica*.

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 de la enfermedad descrito en los hombres 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, el habitus médico profesional* y la invisibilidad de las particularidades de género de la EC, llevan a prácticas diferenciadas de cuidados para la 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 como el modelo masculino de la EC es el estructurador del

conocimiento de la enfermedad, y el reduccionismo biológico es una mirada escotomizada de la misma, se hacen invisibles los vacíos en la construcción de la EC en las mujeres. De esta forma se limita la identificación y la comprensión de las desigualdades de género presentes en la exposición diferencial a los riesgos para la salud cardiovascular. También se deja de ver el modo en que las mujeres los perciben y la manera en que viven la EC. 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 en las mujeres es lo “atípico” del cuadro, permite “escapar de la culpa”, tanto a la disciplina médica como a sus profesionales, por no atender este problema de salud con la intensidad y la calidad que se requieren. En la medicina, el conocimiento científico se produce a partir de 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 mediante discursos hegemónicos, como el médico, el *bio-poder* del que hablaba Foucault, es el discurso experto el que, a través de subterfugios, instala normas de comportamiento.

Dado que el conocimiento legitimado sobre la EC en las 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 (Malterud 2000, 65) previamente determinados, porque en la medicina científica se da menos valor a la subjetividad –los “síntomas”– que a los “signos” –visibles para el ojo entrenado del profesional– que constituyen una evidencia junto a la construcción del “cuadro” clínico en la que se funda 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 cientificidad de la propia medicina; también lo hacen las formas de ofrecer la atención en los servicios de salud, y bajo distintas estrategias se va conformando el *habitus paciente obediente*, en el que las mujeres son agentes subordinadas a la autoridad médica y, por ende, su ciudadanía está tutelada (Cristina Herrera 2009). Este proceso no elimina las diferencias en el interior del colectivo femenino ni tampoco generaliza sus acciones para la salud, pues ellas desarrollan estrategias que llevan a cabo dentro del margen de movimientos y autonomía con el que cuentan como agentes sociales. Ellas encuentran un espacio para habilitar recursos y capitales, así como formas de relacionarse en un campo social que no les es propio. La subordinación implica que se tiende a silenciar sus voces y las explicaciones que aporten a la comprensión de la EC en las mujeres, lo que limita sus acciones y violenta sus derechos en salud.

En el caso de las trabajadoras del sector sanitario, aunque dicha condición pudo jugar en su favor para agilizar los estudios diagnósticos y tratamientos, también se observó que fueron objeto de prácticas como la desinformación sobre la EC o, cuando menos, la información estaba limitada. En el campo médico ellas asumieron el *habitus paciente obediente*, incluso Irene, la médica, quien se cuestionó durante la entrevista por qué había *aguantado* un procedimiento diagnóstico que la había puesto “otra vez” al borde de la muerte, aunque en otro momento expresara que quienes son pacientes deben ser obedientes, esquemas interiorizados en su *habitus médico profesional autoritario*.

Las mujeres de los sectores más desprotegidos generalmente carecían de recursos propios, y se entiende que estaban en condiciones de mayor vulnerabilidad, con menos probabilidades de tomar acciones sobre su salud. Esta condición se evidenció en los datos de la encuesta y también se observó que se veían 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 de responsabilidades es una realidad para la mayoría de las encuestadas y entrevistadas. Es una situación de vida que las mujeres vinculan con la EC.

De acuerdo con 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 de sus signos de riesgo, para que trasciendan las explicaciones sobre las causas de la demora y no atribuirlo sólo a que perciban menos el riesgo, y para comprender sus acciones o inacciones con respecto a su salud. Podemos concluir que, aunque haya diferencias en el interior del colectivo en el acceso a la información, en la percepción de riesgo, en las vivencias con la enfermedad y en las maneras de gestionar los cuidados en salud, en todas las narrativas se expresaron desigualdades de género.

Uno de los resultados que llaman la atención es que las jóvenes universitarias fuesen las más desinformadas sobre la 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 médica por razones reproductivas en los servicios de gineco-obstetricia; eventualmente reciben información sobre los cánceres de mama y cervicouterino; no para la prevención de la EC en las 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 por la implementación de campañas preventivas de las instituciones de salud. Los resultados concuerdan con reportes de otros países de América y Europa (Rohlf et al. 2004; Mosca et al. 2010; TNS Gallup 2010; Tajer et al. 2011; Rolandi et al. 2013; Tajer et al. 2014a).

Los hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias para informar a las mujeres más jóvenes y para visibilizar específicamente la EC en las 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 dijo el personal que las atendía–, cuando se trata de la EC su atención suele demorarse, como se corroboró en este trabajo, y lo habían reportado previamente Morales (2007), Medrano (2012), Rincón (2013) y Tajer et al. (2014a).

Otro hallazgo es que las mujeres vulnerables visualizaron la violencia doméstica como causa de muerte en las mujeres que, sumado a otros hallazgos, como las desigualdades en las responsabilidades de las tareas domésticas y las dificultades para identificar estresores y satisfactores en la vida, permiten vislumbrar cómo 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 et al. 2014b, 5). El primer indicio había sido la referencia en la encuesta de la violencia doméstica, pero el tema tomó otro cariz cuando en todas las entrevistas en profundidad las mujeres relacionaron la EC con la violencia que les había sido infringida por *el hombre*. El personal médico, principalmente las médicas, también identificaron la violencia de género como uno de los problemas de sus pacientes y que podría condicionar acciones (o inacciones) de las mujeres con respecto a su salud, aunque no la relacionaron necesariamente con la EC.

Este punto es muy importante porque la institución social que más contacto tiene con las mujeres violentadas es el sector salud, y el hecho de que las mujeres con EC hayan identificado la violencia de género es una línea en la que hay que profundizar para comprender mejor y dar apoyo a las mujeres enfermas del corazón. Cabe señalar que este tema ha sido ignorado, pues hay muy poca información al respecto. En el nivel nacional no encontramos ningún estudio que lo abordara; en el 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 y económicas. Es una basura en el ojo que impide la completa visualización y comprensión de la relación entre la EC en las mujeres y la violencia de género.

Se desea aclarar que hablar de violencia no remite exclusivamente a la violencia de 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 la toma de decisiones informadas para la salud y particularmente para la EC. En este sentido, se desautorizan sus voces y difícilmente se perciben, porque los mecanismos de control y vigilancia se instalan y se encarnan en *habitus* diferenciados, el *habitus paciente obediente* de las *mujeres-pacientes* y el *habitus médico profesional autoritario* 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 las necesidades para su salud. A lo que hace alusión este *habitus* es al disciplinamiento de las mujeres al campo médico, ya sea por las experiencias que han vivido, para evitar que se las catalogue de *gente latosa*, 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 a consulta, porque en el imaginario social no es la manera en que las personas deben dirigirse a quienes se ubican en una posición jerárquica más alta, y, principalmente, porque éstas son las reglas del juego en el campo médico.

Las mujeres perciben que los médicos y las médicas que les atienden están en lo alto de la jerarquía social y del propio espacio donde se las atiende. Esta percepción se legitima en las prácticas, cuando hay subordinación (Castro-Vásquez 2011) que invisibiliza las particularidades de género de la EC y obstaculiza su derecho a estar informadas en forma completa, clara, comprensible y veraz, de manera que favorezca el conocimiento pleno sobre la EC en las mujeres. En breves palabras, no se aprecia en los testimonios de las entrevistadas que se les haya posibilitado el ejercicio del derecho a la información sobre la salud cardiovascular (Juárez y Castro-Vásquez 2015).

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 a las instituciones de salud, relacionados con la falta de campañas y programas preventivos específicos para la EC en las mujeres. Tampoco hay políticas sociales que cubran todas las necesidades de la población femenina en una enfermedad que implica gastos importantes.

Cabe señalar la relevancia que las mujeres dan al *estrés* como uno de los principales problemas de salud. Consideran que es muy alto en la vida cotidiana de las mujeres y que puede relacionarse con el infarto cardíaco.

Las mujeres vulnerables visualizaron menos la EC y tenían menos probabilidades de llevar a cabo prácticas de cuidados antes y después de padecer dolor de pecho. Se les dificultaba o no pudieron identificar los problemas sociales, culturales, económicos y de género, que causan estrés a las mujeres, con la misma frecuencia que lo hicieron las no vulnerables. 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 hecho de que casi la mitad de las mujeres en la encuesta seleccionaran conjuntamente los problemas enlistados, devela tanto su realidad social, como los estresores específicos de género, varios de los cuales tienen que ver con relaciones altamente significativas, como con la pareja y la familia, que les generaron problemas emocionales y que muestran cómo cargan el mundo –su mundo– en hombros.

Se había señalado en la literatura que era reducido el número de mujeres que seguían la directriz de cambiar su estilo de vida, como les recomendaban los servicios médicos (Manzur y Arrieta 2005; TNS Gallup 2010); sin embargo, un tema común a todas las entrevistadas se refiere a los problemas para lograr dichos cambios.

Por su parte, un dato importante para la comprensión de la EC lo ofreció el segmento de mujeres que contaba con información acerca de los factores de riesgo cardiovascular, síntomas coronarios y estrategias preventivas, pero que seguían identificando el cáncer de mama como el principal problema de salud de las mujeres (Mosca et al. 2010; Rolandi et al. 2013). Los hallazgos muestran que las nociones estereotipadas sobre la EC permean tanto en la percepción de riesgo, en la comprensión, en los significados de la enfermedad y en las maneras de gestionar y afrontar este problema de salud, como en las prácticas de cuidados que siguen una lógica inmersa en 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, 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 para la 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 influyen en las acciones, ya fuese para desarrollar actividades con la intención de mejorar su salud cardiovascular, o para buscar atención médica y para seguir las recomendaciones emitidas en la consulta.

Pero en este problema de salud también devienen sentimientos encontrados de falla, carga y debilidad, dadas las connotaciones del corazón en el imaginario social (Emslie, Hunt y Graham 2001). Para la mayoría de las mujeres, el ámbito doméstico es el área que más las satisfacía, pero también donde identificaron más estresores específicos de género, como las limitaciones y la sensación de minusvalía tanto por la propia enfermedad, como por el control que se ejerce sobre sus actividades y decisiones.

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; que ellas dejan familia y trabajo para acompañar a los cónyuges cuando ellos son los afectados por la 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 él influyen en el conocimiento que se genera sobre las mujeres y sobre la EC en las mujeres (Pramparo 2013; Juárez, Castro-Vásquez y Ruiz-Cantero 2016).

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 otra investigación con enfoque sociocultural de género y de derechos en el estudio de la EC en las mujeres, a pesar de que en este problema subyacen diferencias de género en la población femenina, como se ha evidenciado a lo largo de esta pesquisa. El género es una dimensión central en la vida humana y un organizador de la sociedad, y en la EC la construcción genérica expresa modos diferenciales de percibir, vivir, enfermar y morir del corazón.

Sobre las experiencias vividas por las mujeres, se encontró que la demora para recibir atención médica dependía de condiciones socioculturales específicas, como:

- Edad, escolaridad, condiciones de vida y acceso a los servicios de salud.
- Naturaleza y severidad de la enfermedad. Se retarda más la búsqueda de atención cuando la enfermedad se presenta como angina de pecho.
- Valoración, atribución y asociación que hacen de sus malestares (incluyendo el dolor) en relación con sus actividades cotidianas.
- Falta de redes sociales de apoyo para movilización y soporte.
- Descalificación de sus padeceres en la familia y en el campo médico.
- Relación íntima con la socialización de género y el privilegio al cuidado de *otros*, sobre todo las labores de crianza y manutención. Está muy claro que, en nuestro caso, las mujeres insertas en la economía formal estaban como jefas de familia.
- Dependencia de terceros para gestionar necesidades en salud.
- Limitantes estructurales que afectan 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 Morales (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 de con el género, con la edad, el estrato socioeconómico, el trabajo y el género del personal médico que preste la atención. Se evidencia entonces que en las 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 el retraso de atención a las mujeres es atribuible a ellas y al personal médico que las atiende, pero que la subestimación de los malestares cardíacos, el subregistro de la EC en las mujeres en los servicios médicos y el retraso en los estudios diagnósticos eran más frecuentes en las mujeres que provenían de estratos socioeconómicos bajos, como se ha reportado en otras investigaciones (Tajer 2009; Tajer et al. 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 asocia con los niveles de responsabilidad laboral, su poco poder para tomar decisiones en el espacio público y con la doble jornada que llevan 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. Ellas consideraron que no era el trabajo en sí, fuera o dentro de casa, lo que afectaba su salud, sino la sobrecarga y las responsabilidades para cumplir con sus mandatos de género.

En relación con las decisiones diagnósticas en la atención médica de acuerdo con el sexo del personal que las atiende, Adams et al. (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 así lo expresaron al menos dos mujeres entrevistadas (una de ellas, médica). Y que los médicos aparentemente no mostraron diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto.

En nuestro caso, 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 para la salud. 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 *autoidentificaban* con las *mujeres-pacientes* desde su *habitus de género*, y en otras más las responsabilizaban por no superar los roles de género, expresando el predominio de su *habitus médico profesional autoritario*.

La perspectiva de género y de derechos también llevó a visibilizar las dificultades que tenían las mujeres y el personal médico que las atendía para identificar y reconocer a las mujeres como sujetos de derechos a la salud, lo cual se expresa tanto en la falta de información clara y oportuna sobre la EC, como en el hecho de que ellas no exigieron esa información ni resolvieron sus dudas o necesidades para su salud.

Tampoco existen condiciones para que las mujeres puedan ejercer su derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud. Primero es necesario un proceso de ciudadanía que las empodere y posibilite la apropiación del derecho, es decir, que sientan que tienen derecho a *exigir* información, a tomar decisiones sobre sus padeceres y se autoricen 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 en las 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 en las mujeres para:

1. Cuestionar la etiquetación de las mujeres como “naturalmente” más emocionales, que puede llevar a tratar sus malestares con ansiolíticos y subregistrar los primeros síntomas coronarios (Tajer 2009).
2. Cuestionar lo que se entiende por estrés a partir de los estudios biomédicos y reconocer los aportes de otras disciplinas. En este estudio se muestra que hay estresores específicos de género que, aunque señalados en forma conjunta por un porcentaje considerable de mujeres, también evidencian diferencias entre ellas, relacionadas con condiciones de vulnerabilidad, que fragilizan más a unas que a otras.
3. Una línea en la que se debe profundizar para la mejor comprensión y apoyo de las mujeres enfermas del corazón es la violencia de género, pues todas las mujeres entrevistadas la relacionaron con la EC.
4. Transversalizar el género en los currículos universitarios, potencializando la enseñanza y la investigación de la salud bajo la perspectiva de género, pues se observó que hay literatura médica en la que persiste la reducción de la categoría género a la variable “sexo”, sin reconocer que se interrelacionan y que son constructos diferentes, a pesar de que las ciencias sociales y las de la salud lo han discutido (Krieger 2003; Salas-Valenzuela y Medina-Mora 2006; Ruiz-Cantero, Simón-Rodríguez y Papí-Gálvez 2006; Gahagan, Gray y Whynacht 2015).

5. Incorporar la transversalidad de género en las estrategias preventivas, en los programas de salud y en las políticas para que informen, empoderen y posibiliten la acción de las mujeres ante la EC.
6. En el campo médico hay una condición de ciudadanía que invisibiliza las 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 el género, los derechos y la calidad de la atención.
7. Se invita a que se generen conocimientos sobre los fenómenos sociales y los problemas de salud a través de la integración de métodos para enriquecer la información. Si bien esto tiene importancia creciente, aún es objeto de discusiones y producciones teóricas relevantes (Castro y Bronfman 1999).
8. Para la decisión del diseño de una investigación se recomienda tomar en cuenta el supuesto central. En este caso sirvió para dirigir la mirada y acotar el problema de investigación, la pregunta y los objetivos que la guían. En esta pesquisa se planteó la necesidad de la complementariedad metodológica por la complejidad y por la 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 exploraron las experiencias vividas por las mujeres afectadas por la EC, lo que permitió el acercamiento a la percepción, la comprensión, las prácticas de cuidados y el proceso de apropiación de derechos de las entrevistadas. En la tercera fase se identificaron las explicaciones del personal médico sobre la EC en las mujeres y sobre la atención que ofrecen a las mujeres antes y después de enfermar por este problema de salud.

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 a la tentación de establecer generalizaciones excesivas, se reconoce que la población de estudio, aunque intencionalmente diversificada, tiene limitaciones, pues se 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 arrojase información útil para continuar con la investigación de acuerdo con los objetivos de la misma, 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 fueron más emocionales que fundadas en razonamientos, lo que dio riqueza a los datos sin perder objetividad, pues se tomaron en cuenta en todo el proceso 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 cómo las líneas argumentativas se relacionaban con diferentes “posiciones de sujeto”, dependiendo del plano personal o profesional al que remitían, expresando a veces el *habitus de género* y en otros momentos *el habitus médico profesional autoritario*.

Finalmente, se rescata la voz de las mujeres que participaron en la investigación para enfatizar que consideran que la EC es prevenible y que hacen falta campañas específicas para las mujeres que les hablen del corazón y de sus problemas, como se les habla de los cánceres. Las voces del personal médico 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 concienciación 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 en el 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 en las mujeres que aporten a la resolución de inequidades en el ámbito de la salud (Elsa Gómez 2002), como se propone desde el grupo Gendered Innovations (Schiebinger et al. 2009-2015).

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Ann, Cristopher 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*, 7-11. Santiago, Chile: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- 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 y 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 Exercices 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.
- Antonovsky, 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 cérvico-uterino*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Arendt, Hannah. 1998. *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Editorial Santillana.
- Arrebola-Moreno, Antonio, Alejandro Recio-Mayoral y Juan Kaski. 2011. Papel de la microcirculación coronaria en las enfermedades cardíacas. *CardiCore* 46(4): 161-166.
- Ayanian, John y Arnold Epstein. 1991. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronay heart diseases. *New England Journal Medicine* 325: 221-225.

- Ayuntamiento de Hermosillo. 2013. Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015. https://www.google.com.mx/search?c3%B3n+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-=-on=bv.49478099%2Cd.eWU%5EQ0A.O&biw=1279&bih=601&cad=h (2 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 y 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.
- Bassaglia, Franca. 1983. *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Bonder, Gloria. 2007. *Pasos hacia la utilización del análisis de género en los estudios en salud: líneas de investigación y sistematización de principales hallazgos*. Argentina: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Ciencia y Tecnología.
- Bourdieu, Pierre. 2012. Symbolic violence. *Revista Latina de Sociología* 2: 1-4.
- Bourdieu, Pierre. 2009. *El sentido práctico*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre. 2006. Génesis y estructura del campo religioso. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 27(108): 29-83.
- Bourdieu, Pierre. 2002. *Campo de poder. Campo intelectual*. Buenos Aires: Montresor.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Buenos Aires: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 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).
- Bourdieu, Pierre. 1979. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 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. 2008. Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología* 39(1): 75-86.
- Burin, Mabel. 1993. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Planeta.
- 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.
- 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 Álvarez-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.
- Castro, Roberto. 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.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial y UNAM.
- Castro, Roberto. 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*, 51-72. Editado por Roberto Castro y Alejandra Gomez. 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 (coordinadores). 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*, 49-64. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castro-Vásquez, María del Carmen. 2016. *En letras chiquitas: construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud*. Hermosillo, Sonora, México: El Colegio de Sonora.
- 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.
- Castro-Vásquez, María del Carmen. 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 de Salud Pública* 81: 91-93.
- Comes, Yamila y Alicia Stolkiner. 2006. Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. Universidad de Buenos Aires, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología* 13: 211-219.

- Comisión Nacional de Derechos humanos (CNDH). s/f. http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos (12 de octubre de 2015).
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky. 2001. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, compilado por Juan Guillermo Figueroa, 99-135. México: PUEG.
- Cortés-Bergoderi, Mey, Thomas Randal, Felipe Albuquerque, John Batsis, Gerard Burdiat, Carmen Pérez-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 Panamérica Salud Pública* 32(2): 131-139.
- De Beauvoir, Simone. 1984. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.
- 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*, editado por Mari Esteban, Josep Comelles y Carmen Díez, 49-49. Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, Mari. 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. Universidad de Barcelona, *Anuario de Psicología* 39(1): 59-73.
- Facio, Alda y Lorena Fries. 2005. Feminismo, género y patriarcado. *Academia Revista sobre Enseñanza del Derecho en Buenos Aires* 3(5):259-294.
- Fairclough, Norman. 2008. El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso & Sociedad* 2(1): 170-185.
- Fernández-Saéz, José, María Teresa Ruiz-Cantero, Marta Guijarro-Garvía, Carmen Rodenas-Calatayud, Mónica Martí-Sempere, María Dolores Jiménez-Alegre. 2016. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gaceta Sanitaria* 30(4): 250-257. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.03.015

- 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): 967-978.
- 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.
- Foucault, Michel. 2002. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 1979. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel. 1978. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud* 12(1): 20-35.
- Framingham Heart Study. s/f. A project of a National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University. <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php> (5 de enero de 2013).
- 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.
- Fundación Favaloro. s/f. Mitos y realidades acerca de la salud de la mujer. https://www.fundacionfavaloro.org/educa_mitos_salud_mujer.html (26 de septiembre de 2015).
- 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).
- 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.
- 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? Universidad de Antioquia, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 19 (2): 57-74.
- 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.
- 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/ctlServlet?f=10&pident_articulo=90154893&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=102&accion=I.&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/CISS “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).
- Haro, Armando (organizador). 2011. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Healy, Bernardine. 1991. The Yentl syndrome. *The New Journal of Medicine* (julio): 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. 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 Roberto Castro y Alejandra Gómez, 75-99. Montevideo: Comité Sectorial de Investigación Científica.
- Herrera, Cristina. 2009. *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*. México: FLACSO México, UNAM e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herrera, Eulo, Eduardo Chuquiure, Héctor González, Brenda Cuéllar, Alexandra Arias y Carlos Martínez. 2006. “El poder cardíaco”, un instrumento del pasado, posiblemente una herramienta moderna en la valoración: clínica, terapéutica y pronóstica del choque 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 y 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.
- Información Farmacoterapéutica de la Comarca* (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 (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).

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2013b. Mujeres y hombres en México 2013. http://www.colpos.mx/wb/images/Meg/pdf/Myh_2013.pdf (11 de noviembre de 2014).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2012. Mujeres y hombres en México 2012. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf (3 de mayo de 2013).
- Jiménez, María Luisa. s/f. 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> (1 de octubre de 2015).
- 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 (9 de Julio de 2014).
- Juárez, Lucero. 2009. Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*.4(30): 148-180.
- Juárez, Lucero y María del Carmen Castro-Vásquez. 2016. Aportes de la investigación social en salud: la importancia de la perspectiva de género en la comprensión de la enfermedad coronaria. *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 43 (enero-junio): 217-245.
- Juárez, Lucero y María del Carmen Castro-Vásquez. 2015. ¡No te lo dicen! El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria. Un estudio en el norte de México. *Género y Salud en Cifras* 13(2): 17-25.
- Juárez, Lucero, María del Carmen Castro-Vásquez, María Teresa Ruiz-Cantero. 2016. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. Un estudio en Sonora. *Salud Pública de México* 58(4): 428-436.
- Krieger, Nancy. 2003. Genders, sexes and health: What are the connections –and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.
- Krieger, Nancy. 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 topías*. México: Inmujeres DF.
- Lamas, Marta. 2013. Intrusas en la Universidad. *Perfiles Educativos* 35(141): 196-199.
- Lamas, Marta. 2000. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco* 7(18): 1-25. <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm> (12 septiembre de 2015).
- Lamas, Marta. 1999. Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población* 5(21): 147-178.
- Lamas, Marta. 1995. La perspectiva de género. *La Tarea* 8: 14-20.
- Lamas, Marta (compiladora). 1996. La antropología feminista y la categoría “género”. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, 97-125. México: UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lanas, Fernando, Álvaro Avezum, Leonelo Bautista, Rafael Díaz, Max Luna, Shofiqul Islam y 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): 1005-1015.
- Latham, Michael. 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*, vol. 29. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).
- Laurell, Asa Cristina. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* 19 (enero): 1-11.
- 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 Rosemari Padial. 2007. Doença arterial coronária no climatério e exclusão social. *Saúde e Sociedade* 16(1): 45-56.
- 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).
- 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/CISS “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 Geriátrica, México, D. F. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/Foro/03a_LOZANOASCENCIO.pdf (9 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, Mhosén 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.
- Maier, Elizabeth. 2007. Convenios internacionales y equidad de género: un análisis de los compromisos adquiridos por México. *Papeles de Población* 13(53): 175-202.
- Maldonado, Teresa y Silvia Gil. 2013. Perspectivas teóricas feministas. En *Sociología y Género*. Madrid: Tecnos.
- Malterud, Kirsti. 2000. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine-Kansas City* 32(9): 603-611.
- Mantecón, Tomás. 2010. Formas de disciplinamiento social. Perspectivas históricas. Universidad de Chile, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 14(2): 263-295.

- 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.
- Márquez, Soledad y Ricard Meneu. 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasía Revista de Filosofía* 2(8): 65-86.
- Marshall, Theodore. 1965. *Class, citizenship and social development*. Estados Unidos: Anchor Books Editions.
- Martínez, Carolina y Gustavo Leal. 2003. Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in México. *Social Science & Medicine* 57(3): 539-550.
- Mayobre, Purificación y Cristina Caruncho (coordinadoras). 1998. *Novos dereitos: igualdade, diversidade e disidencia*. Santiago de Compostela, España: Tórculo Edicións.
- McKeown, Thomas. 1979. *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford, England: Basil Blackwell.
- Medrano, Milena. 2012. Caracterización de los síntomas de mujeres hospitalizadas en la Clínica San Juan de Dios de Cartagena. Tesis de maestría en enfermería, Universidad de Colombia, Facultad de Enfermería.
- 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.
- Menéndez, Eduardo. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciència & Saúde Colectiva* 8(1): 185-207.
- Menéndez, Eduardo. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos* 16(46): 17-68.
- Menéndez, Eduardo. 1997. El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 18(69): 270-327.
- Menéndez, Eduardo. 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).
- Morales, Alejandra y María Soto. 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* 25(2): 58-64.
- 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 y 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 Sopko Jr., 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. *Revista 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 Fracolli. 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 (3 de marzo de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 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).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 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).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 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 than in men? Social relations, gender and cardiovascular health. *Journal of Social & Personal Relationship* 26(1): 63-71.

- Orth-Gomér, Kristina, Sara Wamala, 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 (compiladores). 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.
- Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). 2009. Cátedra UNESCO-FLACSO. 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 (5 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> (4 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 Necoechea 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.

- 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.
- Rohlfs, Isabella, María del Mar García, Laura Gavaldá, María José Medrano, Dolors Juvinyá, Alicia Baltasar, Carme Saurina, María Teresa Faixedas y Dolors Muñoz. 2004. Género y Cardiopatía Isquémica. *Gaceta Sabut* 18(2): 55-54.
- 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> (3 de octubre de 2015).
- Ruiz-Cantero, María Teresa. 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/organizacion/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-Gálvez. 2006. Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Gaceta Sanitaria* 20(2): 161-165.
- 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.
- Ruiz-Cantero, María Teresa y Lucero Juárez Herrera y Cairo. 2016. De los sesgos a las innovaciones de género en investigación y práctica de la medicina. *Boletín Ecos* 34 (marzo-mayo): 1-7. http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm (19 de agosto 2016).
- Ruiz Cantero, María Teresa y María Verdú-Delgado. 2004. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 18(1): 118-125.
- 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.
- 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.
- Sancho, David, María del Carmen Solano. 2011. La cardiopatía isquémica en la mujer. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 19(5):1-8.
- Sancho, David, María del Carmen Solano y Silvia Solera. 2015. Conocimientos previos de la mujer en la enfermedad coronaria: un estudio fenomenológico. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 24(3):129-133.

- Santos, Alexander y Amarilis Valero. 2011. Miocardiopatía de Takotsubo. Claves para su diagnóstico. *Gaceta Médica Espirituana* 13(1): 1-10.
- Schiebinger, L., I. Klinge, I. Sánchez de Madariaga, M. Schraudner y M. Stefanick (editores). 2009-2016. *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment* (genderedinnovations.stanford.edu). <https://genderedinnovations.stanford.edu/> (5 de mayo de 2015).
- Scott, Joan. 1996. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: PUEG.
- Secretaría de Salud. Gobierno del Estado de Sonora (SS). 2016. Programa Sectorial de Salud 2016-2021. <http://www.saludsonora.gob.mx/template/2016-12-17-00-48-09/direc-4.html> (26 de abril de 2017).
- 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).
- Secretaría de Salud (SSA). ISSEA. 2007a. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Una mirada de género en Salud Pública en México.
- Secretaría de Salud (SSA). ISSEA. 2007b. Programa de acción específico 2007-2012. Riesgo cardiovascular. www.cenave.gob.mx/prograccion/cardio.pdf (3 de octubre de 2012).
- Secretaría de Salud (SSA). ISSEA. 2002. Carta de los derechos generales de los pacientes. *Revista de Enfermería IMSS* 10: 103-105.
- Secretaría de Salud (SSA). ISSEA. 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*. Boston: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Harvard Center for Population and Development Studies.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2012. www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/ (30 de septiembre 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.
- 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. 2009. *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, Débora. 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 (compiladora). 2012. *Género y salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 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. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. *XI Anuario de Investigaciones*: 281-282.
- Tajer, Débora, Ana Fernández, Isabel Barrera, 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, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agustina Chiodi, Adriana Salazar, Isabel Barrera y 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, 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, J. Cernadas, 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 Guillermo González-Pérez, María Guadalupe Vega y Carlos Cabrera, 73-102. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- 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, reporte de investigación. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Programa UBCYT. Categoría investigadores jóvenes.
- Tajer, Débora, Josefa Cernadas, Isabel Barrera, Xavier Imaz y Alejandra Lo Russo. 2000. Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes, reporte de investigación. Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Programa UBACYT. Categoría investigadores jóvenes.
- 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, segunda parte. Facultad de Psicología-UBA, Secretaría de Investigaciones. *XIV Anuario de Investigaciones*: 251-258.
- 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, Mariana Gaba e Isabel Barrera. 2011. *Análisis de la situación de vulnerabilidad coronaria y género en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Dirección General de la Mujer y Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan. 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.
- 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).
- Tornos Urzainki, 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. Revista de la Facultad de Filosofía y Letras* 1: 99-104.
- Urquijo, Sebastián, Mariela Giles, María Richards 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. 2009. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Valls-Lobet, Carmé. 2006. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Vargas, Virginia. 2010. Constructing new democratic paradigms for global democracy. En *Women's Activism in Latin America and Caribbean*, editado por Elizabeth Maier y Natalie Lebon, 319-334. Brunswick: Rutgers y Colef.
- Vargas, Virginia. 1997. Ciudadanía. Un debate feminista en curso. En *La ciudadanía a debate*, editado por Eugenia Hola y Ana María Portugal, Santiago, Chile: Isis Internacional y Centro de Estudios de la Mujer.
- 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. s/f. La ética médica y su problemática actual. Seminario el ejercicio actual de la medicina. UNAM, Facultad de Medicina. 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 y 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.tantosha.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 contemporáneo. Universidad Católica del Norte, *Revista de Derecho* 17(2): 133-163.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Hermosillo, Sonora
A.... de, 2014

Carta de consentimiento informado³⁸

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 aun 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.

³⁸ COLSON: Dir. Av. Obregón #54, Col. Centro, Tel. 259-53-00.

Atentamente:

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo

Dra. Carmen Castro

Tel. (662) 114 0804

Correo: juarezluce@hotmail.com

Directora de tesis

ACEPTO PARTICIPAR Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO

ANEXO 2

ENCUESTA

Número de encuesta: _____

Lugar de aplicación: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Iniciales del/la 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 y 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.

Si alguna pregunta le incomoda, puede no contestarla o interrumpir en cualquier momento la entrevista sin que exista ningún problema para usted.

Le reitero las gracias y me pongo a sus órdenes.

Lucero Juárez. EL COLEGIO DE SONORA. juarezluce@hotmail.com

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 qué 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. Sí.
 - b. No.
7. ¿Tiene derecho a algún servicio médico por el trabajo de su pareja?
- a. Sí.
 - b. No.
8. Cuando necesita atención médica, ¿usted 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. Sí 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)?
- Sí (Continuar con pregunta 16).
 - No (Pasar a pregunta 20).
16. Si contestó afirmativamente, ¿por cuál medio recibió información?
- En la consulta médica.
 - En pláticas de algún centro de salud, hospital o campaña del sector salud.
 - En la televisión, radio o algún otro medio de comunicación.
 - Folletos o carteles en el centro de salud u hospital a donde acude.
 - A través de alguien que se enfermó en la familia o amistades.
 - Otro: _____ (Consignar)
17. De la información que recibió, ¿siguió alguna o algunas de las indicaciones?
- Sí (Pasar a pregunta 20).
 - No (Continuar con pregunta 18).
18. Si no ha seguido dichos consejos o indicaciones, seleccione una o varias de las siguientes frases:
- No creo que cambiando mi conducta reduciré ese riesgo.
 - No quiero cambiar mi estilo de vida.
 - No creo que yo esté corriendo ese riesgo.
 - Lo dejo en manos de Dios.
 - Estoy confundida acerca de lo que dicen que tengo que hacer .
 - 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?
- Tengo obligaciones domésticas.
 - No tengo dinero para hacer cambios.
 - Me falta cobertura médica.
 - Me falta tiempo.
 - Estoy demasiado vieja o enferma como para cambiar.
 - No puedo salir a caminar por la inseguridad.
20. ¿Piensa que ha recibido suficiente y adecuada información sobre su propio riesgo de tener una enfermedad coronaria (infarto al corazón o angina de pecho)?
- Sí (Pasar a pregunta 22).
 - No (Continuar con la pregunta 21).

21. Si usted piensa que no ha recibido suficiente información sobre su propio riesgo, señale la respuesta correcta:
- No recibí información.
 - No me di cuenta de que la información iba dirigida hacia mí.
 - Otra: _____ (Consignar)
22. Piensa que una mujer como usted ¿tiene algún riesgo de tener una enfermedad del corazón tipo infarto o angina de pecho?
- Sí.
 - No.
 - No sabe.
23. ¿En qué nivel de riesgo se considera usted?
- Alto.
 - Medio.
 - Bajo.
 - 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)?
- Totalmente de acuerdo.
 - Algo de acuerdo.
 - 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?
- Sí (Continuar con pregunta 26).
 - No (Pasar a pregunta 27).
 - No sabe.
26. Si contestó afirmativamente, ¿en qué etapa le parece que aumenta el riesgo de las mujeres?
- A lo largo de toda la vida.
 - Desde los 25 años en adelante.
 - Desde los 35 años en adelante.
 - Luego del climaterio/menopausia.
 - 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?
- Sí.
 - No.

V. Prácticas de cuidados

28. ¿Ha tenido en algún momento dolor de pecho fuerte que le haya llamado la atención?
- Sí (Continuar con pregunta 28).
 - No (Pasar a pregunta 31).
29. Si contestó afirmativamente, en ese momento, ¿qué creyó que le sucedía?
- Que me estaba infartando.
 - Que eran ansiedad o nervios.
 - No le di importancia.
30. ¿Fue a ver a algún médico?
- Sí (Continuar con pregunta 31).
 - No (Pasar a pregunta 32).
31. Si contestó afirmativamente, ¿cuánto tiempo después de sentir el dolor acudió a consulta?
- En forma inmediata.
 - Entre 6 y 8 horas después.
 - Entre 8 y 24 horas después.
 - Más de 24 horas después.
 - A las semanas.
 - A los meses.
 - 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?
- Falta de aire.
 - Dolor de pecho.
 - Palpitaciones fuertes.
 - Desmayos/mareos/ausencias.
 - Dolor de estómago, acidez.
 - Otro: _____ (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.)

- a. Problemas con la pareja.
- b. Problemas con los hijos.
- c. Problemas con los padres.
- d. Problemas económicos/laborales.
- e. Falta de tiempo libre.
- f. Necesidad de cumplir con todo.
- g. Otra: _____ (Consignar)

35. ¿Considera usted que el estrés puede relacionarse con el infarto cardíaco en las mujeres?

- a. Sí.
- b. No.
- c. No sabe.

36. ¿Quién realiza las tareas domésticas en su casa? (Puede elegir más de una opción.)

- a. Yo sola.
- b. Mi pareja/marido y yo.
- c. Todos participan.
- d. 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.)

- a. Trabajo.
- b. Remuneración económica.
- c. Sexualidad.
- d. Pareja.
- e. Familia.
- f. Deporte.
- g. Otra: _____ (Consignar)

VII. Revención cardiovascular

38. ¿Cree usted que se pueden prevenir las enfermedades coronarias (infarto y angina de pecho) en las mujeres?

- a. Sí.
- b. 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 estas enfermedades?

- a. Servicios de salud.
- b. Escuelas.
- c. Televisión y/o radio.
- d. Internet.
- e. Otro: _____ (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? ¿Como cuáles?
- Cuando empezó con la enfermedad del corazón, ¿se hicieron cambios en su casa? ¿Por qué?
- ¿Cómo la ayudan?
- ¿Tiene o ha tenido algún 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 donde 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 donde suelen acudir a hacer sus compras?
- ¿Tiene dificultades para seguir las indicaciones médicas relacionadas con la comida? ¿Como 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 como 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 sí 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?
- Cuando 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 las mujeres

- ¿Cómo empezó su problema cardíaco?
- ¿A qué atribuye esta enfermedad?
- ¿Qué hizo cuando 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 cuando 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 primera consulta médica? ¿Por qué? ¿A qué considera que se debió ese tiempo?
- ¿A qué servicio de salud recurrió?
- ¿Qué pasó cuando 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?
- ¿Entiende todo lo que le dicen?
- ¿Pregunta si le quedan dudas?
- ¿La dejan decidir sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos?
- ¿La acompaña alguien de su familia cuando 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 quiénes 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 qué 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 MÉDICOS Y MÉDICAS

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Tiempo de ejercicio de la medicina: _____

Lugar(es) de trabajo: _____

Medicina general y cardiología.

I. Información sobre EC en mujeres

1. ¿Cree que las mujeres están suficientemente informadas acerca del riesgo de padecer EC?
2. De acuerdo con 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 con 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 las mujeres?
7. ¿A quiénes dentro del sector salud correspondería informar a las mujeres acerca de la EC?
8. ¿Cree que hagan faltas campañas para concienciar a las mujeres acerca de la EC?
9. ¿Cree que haga falta abordar las particularidades de la EC en las 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 con la búsqueda de atención médica ante la EC?
15. De acuerdo con 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?

IV. Sólo para especialistas en cardiología

17. ¿Cree usted 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 las mujeres?
18. ¿Cree que sean necesarios protocolos diferenciales entre hombres y mujeres con EC?
19. ¿Qué tipo de decisiones relacionadas con 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 cuando consulta mujeres con EC?
22. ¿Cree que 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?

Diciembre de 2017
(edición impresa)

Marzo de 2018
(edición electrónica)

Imagen de portada: “De florero mi corazón”

Técnica: collage

Autor: Federico López Escalante

Diseño de portada:
Miguel Ángel Campuzano Meza

Formación:
Guadalupe Zúñiga Elizalde

Corrección de estilo:
Herlinda Contreras

Departamento de Difusión Cultural de
El Colegio de Sonora

