

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

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

Tajer, Debora.

Cita:

Tajer, Debora (2006). *Varones y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/195>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/mNd>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

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

Tajer, Debora  
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

Este trabajo plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades o modos de subjetivación de género de los varones con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), aportadas desde la Salud Mental y los Estudios de Género, colabora a la explicación de la construcción del riesgo en varones adultos jóvenes. Propone identificar un modo característicamente masculino de construcción de los factores psico-sociales que contribuyen al riesgo de los varones en lo relativo a las cardiopatías isquémicas. Tomando en cuenta que a pesar de ser esta una enfermedad mayoritariamente "de varones" existe una tendencia a identificar su riesgo psico-social relacionado solo con los factores relativos a su inserción laboral excluyendo otros aspectos ligados a la vida cotidiana que tienen impacto en el mismo (organización del tiempo libre, relaciones familiares, posibilidad de articulación de áreas, representación del cuerpo, entre otras). En este sentido se presentará información acerca de las características específicas de los aspectos subjetivos y/o psico-sociales de varones menores de 55 años con cardiopatía isquémica desde una perspectiva de género y subjetividad que pueden colaborar a la prevención, tratamiento y rehabilitación específicos de este tipo de pacientes.

### Palabras clave

Varones riesgo Psicosocial enfermedad Coronaria género

## ABSTRACT

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

This article aims to consider gender subjectivity of men with coronary heart disease CHD (myocardial acute infarction and instable angina) as part of the risk of coronary heart disease in men under 55 years old. Contributes in identifying a masculine pattern of psychosocial risk factor, realizing that even this disease in more often in men, other aspects on every day living except work such as: free time organization, families bonds, articulation of areas, bodies' representation, among others are exclude in men particular psychosocial risk consideration. Information related to specific psychosocial patterns of men under 55 with CHD is presented in order to improve prevention, treatment and rehabilitation processes in this kind of patients.

### Key words

Men psychosocial Risk coronary Heart Disease gender

## 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo, que es un avance de Tesis de Doctorado, plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades o modos de subjetivación de género de los varones con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), aportadas desde la Salud Mental y los Estudios de Género, colabora a la explicación de la construcción del riesgo en varones adultos jóvenes. Aun cuando existe suficiente evidencia para afirmar la importancia del riesgo psicosocial en la construcción de la vulnerabilidad específica en adultos jóvenes de este tipo de patología existe una tendencia a explicar este fenómeno tomando solo aspectos relativos a las actividades laborales. Siendo que la mayoría de los estudios relevados no incluyen integralmente la experiencia de vida de los sujetos estudiados. Cabe señalar que si bien el espacio de lo público es un organizador privilegiado de la subjetividad y valorización masculina[i] [ii] [iii], no es la única esfera relevante a considerar para dar cuenta del proceso salud-enfermedad-atención de los mismos. Siendo entonces que la vida cotidiana de los varones en la cual se incluye la articulación entre público-privado, la organización integral de su subjetividad, la utilización del tiempo libre etc., ha sido hasta el momento, invisible a la mayoría de los estudios de salud [iv].

El aporte específico de este trabajo, consiste en que se ha realizado un estudio de los aspectos psicosociales que construyen la vulnerabilidad específica de los varones indagando la conformación de la subjetividad (o modos de subjetivación) de los varones afectados desde una perspectiva de género y subjetividad. Dado que existe consenso en afirmar que la constitución de la subjetivación de género presenta especificidades y particularidades relativas a la pertenencia a los diferentes sectores socioeconómicos, y que esta evidenciado que existen construcciones diferenciales del riesgo para este tipo de patologías por clase social[v], se ha decidido incluir en este trabajo el estudio de la conformación de la subjetivación de género y su relación con la enfermedad cardiovascular en dos segmentos poblacionales, para poder establecer una comparación de su comportamiento, en distintos sectores y/o clases sociales. En este sentido se presentará información acerca de las características específicas de los aspectos subjetivos y/o psico-sociales de los varones menores de 55 años con cardiopatía isquémica pertenecientes a dos grupos sociales (sector medio bajo y bajo; y sector medio alto y alto) de la ciudad de Buenos Aires.

## 2. DESARROLLO

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

Para la primera etapa se eligieron instituciones que permitieron contar con pacientes de por lo menos dos estratos sociales: sector medio bajo y bajo; y sector medio alto y alto. Las instituciones escogidas fueron: para el primer estrato el Hospital Santojanni, y para el segundo estrato las Clínicas Bazterrica y La Providencia. El tipo de diseño utilizado ha sido exploratorio, sobre la base de un modelo de Casos y Controles, que repre-

senta un tipo de diseño utilizado en epidemiología que se inicia con los enfermos/as identificados/as, establece controles (sujetos/as comparables a los casos pero reconocidamente no enfermos/as) para ellos/as y retrospectivamente busca conocer los niveles de exposición al factor de riesgo supuesto[vi]. Para los casos fueron elegidos pacientes varones de 35 a 55 años con cardiopatía isquémica, internados por episodio coronario agudo. Y los controles se constituyeron en base a varones de 35 a 55 años, sin patología coronaria comprobable, pero equiparables en otras características (sector social, zona de residencia, nivel de ingresos, efector en salud de consulta, edad y escolaridad). Se entrevistaron en total 84 varones, 42 casos y 42 controles. Con respecto a los/as informantes claves se realizaron 7 entrevistas a profesionales de diferentes disciplinas con experiencia en el tratamiento y/o estudio de pacientes con cardiopatía isquémica: 4 médicos/as especialistas en cardiología, 2 psicoanalistas y 1 epidemiólogo. El marco teórico desde el cual se ha abordado el material recabado es un entramado que articula la etnoepidemiología[vii], los Estudios de Género[viii] [ix][x], los psicoanálisis[xi] [xii] [xiii] [xiv] y herramientas provenientes de las Ciencias Sociales en Salud [xv] [xvi][xvii]

### 3- CONCLUSIONES

A modo de resumen de las conclusiones de la tesis, se observa que los varones cardíacos de ambos grupos sociales tienen, comparativamente a sus controles, un mayor nivel educativo relacionado con la búsqueda de credenciales académicas ligadas a altas exigencias de rendimiento.

Presentan un patrón reproductivo característico del modelo de la masculinidad social de la modernidad tardía, entre los cuales figura el ideal de la construcción de una familia tipo o nuclear. Modelo que ha sido referido[xviii] como modo en que los varones urbanos consideran "organizarse en la vida". Que han tomado como rasgos saliente estos pacientes para los cuales "estar organizados" afectiva y laboralmente tiene un valor muy alto. Asimismo y coincidiendo con lo dicho los coronarios de ambos grupos tienden a permanecer más en relaciones estables de convivencia que sus controles.

Tienen a su vez mayores ingresos que los no cardíacos de cada grupo social, lo cual pudiera estar determinado por una parte en aspectos relativos a las características de los servicios y los tipos de cobertura más que a particularidades de los sujetos coronarios de este sector social. Pero que a su vez no debe descartarse el hecho sintoniza con la línea de algunos autores[xix], de que han sido subjetivados para ser "**los ricos del barrio**" (los más exitosos, incluidos y exigidos de cada grupo social) y como costo los más sobreadaptados al modelo de masculinidad de la modernidad de cada grupo social, manifestación asociada a los fenómenos psicosomáticos. [xx]

Esto articula con una autoconstrucción de estos sujetos en torno a la idea de ser excepcionales, por lo tanto a ellos no les podía acontecer un problema coronario. Y menos aun, es su camino rumbo al éxito. Esta reflexión contiene uno de los núcleos duros de construcción de la vulnerabilidad en términos de subjetividad y género en los varones coronarios, pues se observa en los mismos la dificultad de renunciar, aun cuando se tome conciencia, a acercarse a un ideal de la masculinidad por el cual son valorados socialmente (y por sí mismos), pero cuya contracara en la vulnerabilización para este tipo de problemáticas.

Un rasgo en común que encontramos entre los coronarios de ambos grupos es la coexistencia de un no registro de la gravedad de lo que esta ocurriendo en su cuerpo y simultaneo a una reflexión pos diagnóstico de pensar que un infarto era algo que les podía pasar. Esto se debe a que se perciben simultáneamente como al borde de explotar y saben por pertenencia de género (masculino) que el modo de explotar pudiera ser probablemente un infarto, pero piensan que a ellos, no les va a pasar.

Por lo tanto, el saber opera como racionalización, puesto que no puede operar como herramienta de autocuidado y consulta precoz contrarrestado por una vivencia simultánea de "ser excepcional", debido a la invisibilización de los costos del ejercicio y mantenimiento de la hegemonía para quien la ejerce[xxi] [xxii]

Por otra parte los coronarios se definen a sí mismos, rasgos que conectan con la producción del proceso mórbido como: con ritmo de vida con excesos, autoexigentes, aguantadores hasta explotar, golosos y/o excesivos con la comida y el alcohol, la serie impulsivo-nervioso-controlador-obsesivo y "protestones", hiper responsables que no sabe delegar, idealistas con dificultades en su relación con la realidad y con dificultades en el autocuidado.

Por otra parte, ambos grupos de cardíacos tienen en común el percibirse inmersos en sensaciones de impotencia frente a exigencias auto impuestas que provienen de lo social, pero que son asumidas vía su proceso de subjetivación, que los exceden. Las exigencias del grupo de menores ingresos están relacionadas con no poder asumir sus responsabilidades y tareas como proveedores familiares lo cual resulta muy importante en la conformación de la autoestima de los varones tradicionales de sector popular. Y los del grupo de mayores ingresos, ligados a sensaciones de impotencia dadas por no poder responder a la propia sobreexigencia a nivel laboral ligada a contradicciones relativas al hecho de que tienen mas responsabilidades porque ya son "seniors" pero al ser mayores les da menos el cuerpo porque son mas grandes o porque quieren hacer las hazañas deportivas de antaño y se quedan "secos".

Con respecto a rasgos de que puedan contribuir a la construcción del riesgo en sectores más bajos se identifica una actitud pasiva y de no responsabilizarse como "sujetos en la vida". Esto es: "tragarse" la ansiedad, el enojo y los nervios. Y dificultad para controlar o tramitar las impulsiones, con dificultad para percibir el "yo corporal" como formando parte del sujeto y el "yo" en una tendencia a la escisión cuerpo - mente. Con respecto a los sectores más altos, se confirma la hipótesis de que las enfermedades coronarias son enfermedades ligadas a estilos de vida y percepción de sí mismos como superhéroes. Para los cuales parte del contenido principal de la hazaña, es la preocupación por los demás. Constituyéndose en un "ser para el otro" que pone el bienestar material y económico de la familia como valor por sobre el de su salud y bienestar. Figura que es constitutiva de su narcisismo, pues piensan que son más valorizados en tanto son "mas para los demás", presentando dificultades para encontrar un equilibrio con las propias necesidades y las de los otros significativos.

En relación a posibles desencadenantes del evento agudo coronario, la mayoría refiere situaciones en las cuales se puso en evidencia que la imagen que duramente intentaron sostener acerca de sí mismos se caía frente a otros significativos. Varias de estas situaciones están basadas en la dificultad para articular situaciones con procesos [xxiii].

Cuando se sienten mal, los de sectores más bajos dicen que no al no ocurrirles frecuentemente "se toman en serio". Los de sector mas alto establecen una distinción en la respuesta relativa a si el malestar es de orden físico o emocional. Si es del orden físico, responden que consultan al médico y si es algo espiritual o anímico muchas de las respuestas refieren mucho enojo y/o dificultad para enfrentar este tipo de situaciones. Con lo cual se identifica que la dificultad de este tipo de sujetos estaría ubicada en tramitar los aspectos anímicos conflictivos que son los que producen este tipo de enfermedad somática. No serían sujetos con subregistro somático de los primeros síntomas de enfermedad, tal como refiere la literatura acerca del modo de consulta de los varones en el sistema de salud, sino sujetos con mala tramitación y/o dificultad para la confrontación de situaciones anímicas en sus estadios más benignos, que arrastran situaciones que van adquiriendo una complejidad tal que los aplasta o estalla como un efecto "bola

de nieve".

Es significativo que en su mayoría refieran que frente a situaciones de sentirse mal tienden a encerrarse y tratar de resolver solos el problema y no quieren que nadie los ayude probablemente porque no confían en nadie lo cual es una característica de este tipo de sujetos.

Con respecto a donde ubican el desencadenante de la situación de morbilidad refieren en su mayoría situaciones ligadas a la autoexigencia. Enfermándose por el esfuerzo que le implica estar a la altura de un ideal de autoexigencia muy alto ligado al éxito o al mantenimiento de una imagen de sí inmaculada. Estableciéndose de este modo, una tipología de modo de género masculino de habitar el cuerpo y la conducta que genera este tipo de enfermedad. Por otra parte, siendo que los coronarios, aparecen como extractos concentrados de los valores de la modernidad, su representación del proceso salud enfermedad consiste en una escisión en su proceso explicativo de cuerpo y afecto, por lo tanto se enferman de este tipo de escisión.

Con respecto a la inserción laboral se observa que los coronarios son los más integrados y exitosos de cada grupo social y trabajan diariamente mas horas que los no coronarios de su mismo sector social. Prefieren trabajar solos y si lo hacen en grupo es a condición de que lo lideren o coordinen. A diferencia de los controles que valoran compartir responsabilidades. Lo cual permite establecer una diferencia muy significativa en la valorización del "otro". Mientras que para los coronarios "el otro" es alguien que molesta, puede hacer perder el tiempo o es alguien útil para ser dirigido en los no coronarios es alguien para compartir, ayudar y ser ayudado.[xxiv]

Con respecto al nivel de satisfacción en el campo del trabajo, los coronarios de ambos sectores se declaran mas insatisfechos que sus controles a similitud en el tipo de trabajo. Valorización que refuerza la idea de que parte de la diferencia entre cardíacos y no cardíacos radica en las dificultades subjetivas ligada a la brecha que presentan los coronarios entre expectativas (muy altas) y realidad y no solo en el impacto de la realidad tiene sobre ellos.

Con respecto al uso del tiempo libre, se observa que la mayoría del grupo de coronarios de sector mas bajo refiere no tener tiempo libre sino que es utilizado para realizar o buscar actividades para complementar los magros ingresos, lo cual es un indicador de que, por buenas y malas razones, los coronarios tienen mas incorporada la idea de tiempo productivo, por sobre el tiempo recreativo. En los de sector mas alto aparece la idea de tenerle pavor al tiempo libre, el cual aparece casi totalmente reglado u ocupado de trabajo del cual "se escapan". Por otra parte el nivel de satisfacción obtenida del uso del tiempo libre en este sector es mayor en no coronarios que en los coronarios. Se encontró en los coronarios de sector mas alto dificultades en el disfrute de las vacaciones en personas que tienen posibilidad materiales de hacerlo, motivo por el cual queda evidenciada la dificultad en el terreno de la subjetividad.

Con respecto a los entrevistados del sector social mas alto, llama la atención que los coronarios de este grupo refieran como un valor muy importante para ellos el disfrutar mas de la vida que lo que pudieron hacerlo sus padres. Mientras que algunos señalan que en su elección de pareja pesó como valor positivo que estas mujeres o su familia fuesen de disfrutar más que la familia de origen del paciente. Una de las hipótesis al respecto que se plantea desde esta Tesis es que varios de estos coronarios provienen de familias que no les enseñaron "a jugar" [xxv] y a disfrutar lo cual ha tenido impacto en su proceso de subjetivación temprano que han intentado, con mayor o menor éxito, revertir en la vida adulta. Esfuerzo en el cual esta incluido el tipo de pareja que han escogido.

Los coronarios de sector mas bajo tienen una valoración mas alta de su vida en familia que sus controles. Aun cuando algunos de ellos se sienten disconformes con su vida familiar, fundamentalmente de pareja, los coronarios disconformes tienden mas a mantenerse en la misma que los no coronarios que

se han separado. Posiblemente porque los coronarios valoran la estabilidad y el lugar social que les da estar en pareja aun cuando la misma no les otorgue la satisfacción afectiva anhelada.

En el sector mas alto se observa que los coronarios están especialmente interesados en la imagen que los hijos tienen de ellos, algunos de los cuales les preocupa que los idealicen, mientras que otros fomentan la idealización. Preocupados o no, la idealización de los hijos con respecto a los padres es un tema altamente significativo para los coronarios de sector social mas alto.

Por su parte los coronarios de menores ingresos provienen de familias tradicionales en su repartición de roles (padre proveedor económico y madre ama de casa), que han sido muy afectivas con sus hijos. En este sentido la hipervalorización del logro por sobre la afectividad de los mismos no debe atribuirse a una "frialidad" o distancia en los vínculos familiares como suele leerse comúnmente sino en las altas expectativas parentales con respecto a ellos en los logros públicos. Expectativas a las cuales han respondido como parte de la obediencia a los "lazos del amor". [xxvi]

Mientras que en ambos grupos hay varios hijos únicos, siendo que los coronarios en general tienen menor cantidad de hermanos que los controles, lo cual abona la conformación temprana de rasgos de hiperexigencia menos posible de distribuir ante la ausencia de mas hermanos. Por su parte se ha evidenciado que los padres de la mayoría de los coronarios de sector bajo han tenido altas expectativas con respecto a sus hijos, algunos de los cuales sintiéndose conformes con los logros de sus hijos y otros con expectativas excesivas que los hijos no pudieron alcanzar. En el sector mas alto asimismo se encuentra en los coronarios varios casos de padres con expectativas muy altas que ellos sintieron como peso pero que de algún modo u otro se ingeniaron para cumplir.

Por su parte, varios coronarios de sector alto señalan que varios de ellos se han sentido los preferidos. Y que si bien los padres tenían expectativas de estudios superiores para todos los hijos, promovieron en las hijas mujeres el cursado de profesorado y en los varones de carreras profesionales. Del mismo modo, cubrieron económicamente (bienes, dinero) mas a las hijas mujeres que a los varones. Con respecto a la expectativa materna, señalan que las mismas con su confianza les han permitido establecer un núcleo de confianza interna en si mismos que los ha ayudado en la vida laboral adulta aunque a algunos les ha traído dificultades amorosas por quedar muy ligados a las mismas como "nenes de mamá". [xxvii]

A modo de síntesis, se presentan en este trabajo algunos datos parciales de la tesis relativos a la identificación de los modos particulares de construcción de la vulnerabilidad psicosocial de enfermedad coronaria en varones menores de 55 años de dos sectores sociales de la Ciudad de Buenos Aires. Vulnerabilidad asociada no solo a lo que los sujetos "hacen" o les pasa sino a la significación que esas practicas tienen para si.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- [i] Bonino Mendez L 1994 "Varones y Comportamientos Temerarios". Rev. Actualidad Psicológica
- [ii] Gilmore D, 1994 "Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad". Edit. Paidós, Bs. As.
- [iii] Inda N, 1996 "Género Masculino, Número Singular". En Burín y Dio Bleichmar (comp.) "Género, psicoanálisis, subjetividad". Paidós, Bs. As.
- [iv] Giffin, K 1994. "Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: Considerações sobre a Articulação da Produção e da Reprodução, de >
- [v] Kaplan, G., Keil, J. 1993 "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a review of the literature" *Circulation*, Vol 88.N° 4, Part 1 October 1993, 1973-98
- [vi] Almeida Filho N, 1992 "Epidemiología sin Números". Bs.As., OPS, 1992
- [vii] Almeida Filho, 1992 op cit

- [viii] Bonino Méndez, 1994 op cit
- [ix] Gilmore, 1994 op cit
- [x] Inda, 1996 op cit
- [xi] Liberman D, Grassano E, Neborak S, Pistiner L, Roitman P, 1993 "Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática" Edit Ananké, 3 era edición, Santiago de Chile, 1993
- [xii] Dío Bleichmar, 1985 E. "El Feminismo Espontaneo de la Histeria. Estudio de los Transtornos Narcisistas de la Femenidad". Edit. Adotraf, Madrid,
- [xiii] Meler I., Tajer D. (Comp.) 2000 "Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro". Lugar Editorial, Bs.As.
- [xiv] Hornstein, L. 2000 "Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad" Edit. Paidós, Bs.As.
- [xv] De Souza Minayo, M.C. "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud". Lugar Edit., 1997
- [xvi] Castiel, L.D. 1994 "O Buraco e o Avestruz. A singularidade do adoecer humano". Edit. Papirus, Campinas S.P.,
- [xvii] Garduño, Ángeles 1997 "La salud laboral de varones y mujeres desde una visión de género", en Tajer, D., Ynoub, R. y Huggins, M. (comp.) "Oficina de Género y Salud Colectiva", Edic. ALAMES/IDRC, Canadá.
- [xviii] Fuller N. 2000 "Significados y Prácticas de Paternidad entre Varones Urbanos del Perú", en "Paternidades en América Latina", Pontificia Universidad Católica del Perú.
- [xix] Marmot MG, Mustard JF 1996 "La enfermedad coronaria desde una perspectiva poblacional". En Evans R, Barer M, Marmor T "¿Porqué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Edit Díaz de Santos, Madrid.
- [xx] Liberman y Col, 1993. op cit
- [xxi] Connel R.W. La organización Social de la Masculinidad, en "Masculinidad/ es. Poder y Crisis". Valdés T. y Olavarría J. (eds.) Ediciones de las Mujeres N°24, Santiago de Chile, 1997
- [xxii] Tajer D 2004 "Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud" en libro "Políticas Públicas, Mujer y Salud" Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia
- [xxiii] Sinatra E. 1993 "¿Porqué los hombres son como son?," Edit Atuel, Buenos Aires, 1993.
- [xxiv] García Reinoso G. 1998 "Las relaciones del sujeto al poder". Revista Posdata N° 2 El Duelo del Padre, Buenos Aires.
- [xxv] Winnicott, D W. 1987 "Realidad y Juego", Buenos Aires, Gedisa
- [xxvi] Benjamin, J. 1996 "Los lazos del amor", Paidós, Bs. As., 1996
- [xxvii] Estacolchic R, Rodríguez S. 1995 "Pollerudos. Destinos de la sexualidad masculina", Edic Odisea, Buenos Aires.