

REPRESENTACIONES DE LAS
ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
ENTRE LAS MUJERES
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**REPRESENTACIONES DE LAS
ENFERMEDADESCARDIOVASCULARES ENTRE LAS
MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

2011



**Biblioteca
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Dirección y supervisión

Servicio de Promoción de la Salud

Marisa Pires Alcaide

Luisa Lasheras Lozano

José Luis Cruz Maceín

Ramón Aguirre Martín- Gil

Realización

CIMOP

Cristina Santamarina

Pablo Santoro

Edición electrónica

Dirección General de Atención Primaria

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Madrid, 2011

ÍNDICE

ÍNDICE	3
I.- INTRODUCCIÓN	7
Objetivos perseguidos	11
Ficha técnica.....	12
<i>Grupos experienciales.....</i>	<i>13</i>
<i>Profesionales de la salud</i>	<i>14</i>
<i>Caracterización general de los discursos de las mujeres interlocutoras en la presente investigación.....</i>	<i>18</i>
PRIMERA PARTE: ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LAS MUJERES ANTE EL CUIDADO DE LA SALUD.....	37
II.- ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LAS MUJERES ANTE EL CUIDADO DE LA SALUD	39
2.1. Las representaciones sobre el riesgo en salud	45
2.2. Actitudes y comportamientos ante el concepto prevención	54
2.3. La percepción de los discursos preventivos que les llegan desde los profesionales de la sanidad.....	63
2.4. Los obstáculos de las políticas de prevención ante sus mismas realidades cotidianas	72
III.- EL CUERPO Y SUS FRACCIONES	81
3.1. Los fragmentos substanciales del cuerpo femenino como espacios de potenciales enfermedades	89
IV.- LO CARDIOVASCULAR: UN ÁMBITO INEXISTENTE	99
V.- LAS REPRESENTACIONES DE LAS MUJERES SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: LA CENTRALIDAD DE LO CARDÍACO	105
5.1. Retrato-robot del enfermo cardíaco.....	108
5.2. La “buena muerte”: comparación entre padecimientos cardiopáticos y oncológicos	117

5.3. Las enfermedades del corazón como enfermedades “nobles”	125
5.4. La relativización de la gravedad de las enfermedades cardíacas.....	129
VI.- LA RACIONALIZACIÓN DE LOS MOTIVOS POR LOS QUE UNA MUJER ENFERMA.....	135
6.1. Los motivos por los que se enferma del corazón	137
6.2. Enfermedad azarosa frente a enfermedad causada: de la probabilidad al “azar”	139
6.3. Lo físico frente a lo psicológico.....	145
6.4. El ambiguo significado de la herencia y la genética	151
VII.- LAS FIGURAS DEL CORAZÓN: DEL PARADIGMA MAQUÍNICO A LA SIMBOLOGÍA PSICO-FÍSICA DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD	155
7.1. La semántica maquinica de la fuerza-debilidad	157
7.2. El paradigma del colesterol y los hábitos saludables	162
7.3. La psicologización de la enfermedad cardíaca: el paradigma psico-físico como aproximación espontánea desde la identidad femenina	167
VIII.- LOS OTROS FACTORES DE RIESGO Y LAS OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES INTERLOCUTORAS.....	177
8.1. Los factores de riesgo.....	179
8.2. Las enfermedades cardiovasculares	187
SEGUNDA PARTE: LA PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA FEMENINA DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	189
IX.- LA PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA FEMENINA DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES	191
X.- LA ESPECIFICIDAD DE LAS SITUACIONES DE SALUD DE LAS MUJERES DE 45-65 AÑOS: PRINCIPALES ASPECTOS DESTACADOS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS	195
10.1. Los determinantes y condicionantes de salud de las mujeres	196
10.1.1. <i>La menopausia dentro del ciclo vital</i>	196
10.1.2. <i>El rol de cuidadora entre las mujeres</i>	199
10.2. Factores de riesgo y hábitos de vida saludable en la población femenina de entre 45 y 65 años	204
10.3. Las imágenes culturales de las enfermedades cardiovasculares: una enfermedad de varones.....	212
10.4. Sectores femeninos con especial riesgo cardiovascular.....	217
10.5. A modo de resumen: la situación de salud de las mujeres de más de 45 años.....	219

XI.- LA PREVENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	223
11.1. El discurso de los profesionales sobre la prevención.....	224
11.1.1. <i>Importancia atribuida a la prevención</i>	224
11.1.2. <i>Los “mitos negativos de la prevención”: argumentos que cuestionan la eficacia de las acciones preventivas</i>	226
<i>Mitos negativos sobre la prevención</i>	228
11.2. Formas en las que se trabaja la prevención desde atención primaria	235
11.2.1 <i>PREVENCIÓN INDIVIDUAL, PREVENCIÓN GRUPAL Y PREVENCIÓN COMUNITARIA</i>	235
11.2.2. <i>FACILITADORES Y OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN</i>	238
11.2.3. <i>LA COMPLEMENTARIEDAD DE LA LABOR DE MÉDICOS/AS Y ENFERMERAS</i>	239
11.3. A modo de resumen: el discurso de la prevención entre los profesionales sanitarios.....	239
XII.- VALORACIÓN QUE HACEN LOS PROFESIONALES DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	241
12.1. Las acciones y programas de prevención existentes en la actualidad	241
12.2. Principales problemas que enfrentan las acciones de prevención cardiovascular	246
A) <i>Problemas relacionados con la concepción de la salud prevalente en la sociedad actual</i>	246
B) <i>Problemas relacionados con la atención sanitaria y la actuación de los profesionales</i>	247
C) <i>Problemas relacionados con la planificación sanitaria desde las instituciones</i>	250
12.3. Las propuestas de los profesionales para mejorar la prevención de riesgos y enfermedades cardiovasculares entre las mujeres	251
a.- <i>Como cuestiones generales a tratar, los profesionales señalan:</i>	252
b.- <i>Dentro de esa información general, es preciso incluir una serie de especificidades sobre la mujer:</i>	253
c.- <i>Si bien la vía central de información y formación de la población sobre temas de salud se debe situar según los profesionales en el médico y el enfermero en consulta y en los servicios sanitarios a través de las campañas, grupos, cursos, que pongan en marcha, también parece urgente para la mayor parte de los entrevistados poner en marcha campañas de información más generales.</i>	254
12.4. La capacitación profesional y puesta al día de los profesionales sanitarios en relación con la prevención cardiovascular.....	255
12.5. A modo de resumen: las valoraciones y propuestas de los profesionales sobre la prevención específicamente cardiovascular.....	257

XIII.- PREVENCIÓN, SALUD CARDIOVASCULAR Y SESGOS DE GÉNERO EN EL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES	259
13.1. Sesgos de género en la “alerta” clínica ante el riesgo cardiovascular	262
13.2. Sesgos de género en la reacción médica frente al dolor torácico.....	263
13.3. La especificidad de la sintomatología femenina, un aspecto obviado por la mayoría de profesionales.....	265
13.4. ¿influye el sexo del profesional en el modo de abordar los factores de riesgo en las mujeres y las patologías cardiovasculares femeninas?.....	269
13.5. A modo de resumen: los sesgos de género presentes en la atención profesional	270
XIV.- CONCLUSIONES	271
Conclusiones del discurso de los profesionales de la salud	277
XV.- PERSPECTIVA D.A.F.O. DESDE LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES INTERLOCUTORAS.....	283
DEBILIDADES	283
AMENAZAS	285
FORTALEZAS	286
OPORTUNIDADES.....	287
XVI.- D.A.F.O. DE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES DE 45-65 AÑOS	289
DEBILIDADES	289
AMENAZAS	291
FORTALEZAS	292
OPORTUNIDADES.....	293

I.- INTRODUCCIÓN

En las páginas siguientes exponemos el informe correspondiente a la investigación que lleva por título REPRESENTACIONES DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ENTRE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID que hemos realizado en el marco de una demanda realizada por el Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Comenzamos dando cuenta del perfil de las y los interlocutores del presente documento, que ha de comenzar señalando que se trata de un acercamiento que carece de cualquier forma de resultados estadísticos, toda vez que se ha realizado – de acuerdo a la demanda misma – con una aproximación metodológica de tipo estructural o cualitativa que es rica en su forma de significación social, pero carece de representaciones proporcionales estadísticas.

Se trata de una investigación que, como señala el mismo título, tiene como sujetos fundamentales a las mujeres y más concretamente a las mujeres de la Comunidad de Madrid que se hayan en periodos vivenciales de su adultez y de su madurez entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años. A través de ellas hemos intentado acercarnos a una temática que - sospechábamos, a modo de hipótesis blanda - iba a ser especialmente fructífera: cómo se representan y perciben estas mujeres adultas sus potenciales vulnerabilidades ante las enfermedades cardiovasculares, los riesgos a ellas asociados y su posible fragilidad

En la búsqueda de un acercamiento estructural, lo más certero posible, hemos tomado contacto también con diferentes profesionales del ámbito de las disciplinas de la salud en diversas especialidades y modalidades a fin de contrastar los discursos producidos por estas mismas mujeres y su ratificación –

o no - con los discursos profesionales desde la experiencia misma del encuentro con unos y otros perfiles.

La investigación se ha realizado con tres técnicas de trabajo diferentes:

- GRUPOS DE DISCUSION DE TIPO CANÓNICO
- GRUPOS TRIANGULARES EXPERIENCIALES
- ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Para las producciones discursivas de las mujeres representantes de la Opinión Pública utilizamos el dispositivo de los grupos de discusión de tipo canónico y los grupos experienciales que, por ser tales, se conforman con un número menor de participantes a fin de generar las condiciones necesarias para que surja el discurso narrativo de la experiencia. Finalmente los profesionales de las ciencias de la salud, fueron entrevistados de forma personal, dadas las mayores dificultades para hacerlos coincidir en dinámicas de tipo más grupal. En el capítulo correspondiente de ficha técnica de los interlocutores, damos cuenta detallada de los diferentes tipos de personalidades contactadas así como de los diversos Municipios en los que realizamos el trabajo

El desarrollo de las páginas del presente documento, intentan avanzar desde lo más general a lo más particular – comenzando por los discursos de las mujeres que transitan - como esperábamos -, desde los conflictos más generales en relación al autocuidado y vinculación con sus médicos y sistemas de atención sanitaria hasta las nociones acerca de las enfermedades cardiovasculares, la potencial fragilidad femenina ante las mismas y sus imágenes más destacadas acerca de la identificación con diferentes patologías, sintomatologías y malestares. Y luego los diversos matices de contenido de los discursos de los profesionales sobre las mismas temáticas – a fin de poder situar en sus específicas consideraciones contextuales, la peculiaridad de cada tipo de discurso, los cuales, - ya lo adelantamos -, acaban siendo notablemente convergentes.

A pesar de que contenemos la importancia de dicha convergencia, nos parece de importancia estructurante, situar desde estas primeras páginas, la hegemonía y redundancia entre los discursos de las mujeres adultas de la CM en lo que se refiere a la imagen de identidad femenina que sustentan, su lugar central en el sistema de las relaciones en las que se hayan, sus diferentes nociones del cuerpo, sus temores y desazones más destacados –también ellos, transversales a las diversas cohortes y sectores socioeconómicos consultados - así como las diferentes consideraciones que tienen acerca de las enfermedades

cardiovasculares y los riesgos antecedentes de las mismas. Esta producción de la investigación ocupa prácticamente las tres cuartas partes de la totalidad del proceso de producción discursiva realizado, pero también está presente el discurso de los profesionales de las ciencias de la salud y de manera específica algunos portavoces de la especialidad de la cardiología por entender que el contraste entre unos discursos y otros, sería de gran interés estratégico para los fines mismos de la investigación realizada. Dicho en otros términos, que tanto las mujeres, como los profesionales entienden, saben o en todo caso, intuyen que las diferencias anatómicas entre mujeres y varones no puede sopesarse sin tener en cuenta las diferencias de construcción de las identidades de género en nuestra cultura actual y que las mismas, tributan de forma diferente a como se las considera socialmente en lo que respecta al riesgo de unas y otros ante la potencialidad de los riesgos cardiovasculares.

Si bien este trabajo está incapacitado para arrojar porcentajes sobre la incidencia de lo que aquí mismo se afirma, dado que no se ha realizado desde una perspectiva cuantitativa, será importante reconocer que cada vez más los aspectos cualitativos, aquellos que tratan de acercarse a las realidades comprensivas, valorativas y vivenciales de la salud son objeto de estudio por parte de médicos, escuelas de enfermería de alto prestigio y especialistas en salud pública como es el caso que nos ocupa. En el campo específico de la cardiología, fenómenos como las dificultades para un éxito pleno de las políticas de prevención secundaria documentadas en grandes registros como los EuroAspire I y II demuestran que no es suficiente con acumular evidencias objetivas sobre el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares ni tampoco con proporcionar a la población recomendaciones racionales basadas en las mismas guías de la práctica clínica para sensibilizar a la opinión pública. Los mismos médicos, los profesionales de la salud en general, las pacientes y con toda seguridad, la población en su diversidad, están inmersos en los mismos contextos sociales que condicionan a unos y otros, hasta el punto de que utilizan las mismas metáforas, representaciones y simbologías de nuestra cultura; otorgándole prevalencia a un contexto que siempre contiene – y se interpone – entre la racionalidad de la ciencia y la experiencia vivencial ante las nociones de riesgo., o el padecimiento de alguna patología o sus posibles derivas. Así las percepciones y creencias de las mujeres de la Comunidad de Madrid, ciudadanas en definitiva de una sociedad en la que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte, tiene interés estratégico para ser conocido de cara a todas y cada una de las políticas de prevención y desarrollo de la salud que se realizan de cara al futuro.

La trivialización social de los riesgos cardiovasculares, o más paradójicamente, la banalización a la que se ha llegado por el enorme desarrollo de esta especialidad en España demuestran la importancia de acometer políticas seriamente destinadas a encontrar los mecanismos de sensibilización para la prevención, especialmente hacia el colectivo de mujeres y sus particulares sentidos de las nociones de salud y enfermedad, su mítica distancia del riesgo cardiovascular, y sus peculiares nociones de cuerpo y de vínculo que nos ocupan las páginas siguientes ya que están íntimamente relacionadas con los condicionantes de la identidad femenina de fuerte sentido relacional y heterónimo, y las actuales circunstancias críticas que delimitan la idealidad del concepto calidad de vida.

Como suele ser no sólo justo sino también necesario, antes de adentrarnos en un informe de estas características, debemos agradecer al conjunto de mujeres interlocutoras en diversos municipios de la CM, así como a los diferentes profesionales de las ciencias de la salud que participaron en nuestra investigación, su inestimable colaboración e interés en los temas tratados. Sin ellas y ellos, este trabajo hubiera sido imposible.

Objetivos perseguidos

La propuesta de convocatoria general ha sido, tal como señalamos en el mismo título que da cuenta de este documento LAS REPRESENTACIONES DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ENTRE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Amplio objetivo que – justamente a fin de mejor cumplimentarlo – lo desagregamos en una serie de objetivos parciales - pero, a su vez, vinculados entre sí.

- CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN CUANTO A HÁBITOS DE VIDA.
- CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE A POSIBLES CONDUCTAS PREVENTIVAS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR (EJERCICIO FÍSICO, ALIMENTACIÓN, ETC.).
- FORMAS DE COMPRENSIÓN E IMAGINARIOS PREVALENTES EN TORNO A LAS DIFERENTES MANIFESTACIONES DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, Y EN CONCRETO, DE CONCEPTOS TALES COMO:
 - CORAZÓN.
 - LO CARDIOVASCULAR/LO CARDÍACO/LO ISQUÉMICO/ETC.
 - EL RIESGO Y LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR.
 - EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.
 - LAS DIABETES.
 - ETC.
- COMPARACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y OTRAS PATOLOGÍAS O PROCESOS DE SALUD QUE PUEDEN CENTRAR EL IMAGINARIO DE LAS MUJERES DE ENTRE 45 Y 65 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID:
 - ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.
 - DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y OTROS PROBLEMAS MENTALES.

- DESÓRDENES MENOPAÚSICOS.
- ESTEREOTIPOS DE GÉNERO RESPECTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y POSIBLES CAMBIOS O EVOLUCIÓN EN EL MISMO.
- PERCEPCIÓN DE RIESGOS DIFERENTES PARA VARONES Y MUJERES: ¿SE SITÚAN EN LO BIOLÓGICO, EN LO CULTURAL, EN LO SOCIAL...?
- POSIBLES RESISTENCIAS Y DIFICULTADES ASOCIADAS A LOS IMAGINARIOS DE GÉNERO PARA LA PREVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR FEMENINO.
- OPINIONES DE LAS MUJERES SOBRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS ACTUACIONES A LA HORA DE FOMENTAR HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENTIVOS EN RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR.
- OPINIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA ESPECIFICIDAD DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES A LA HORA DE IDENTIFICAR, TRATAR Y PREVENIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR.
- PERSPECTIVA DAFO DE A CARA A POSIBLES LÍNEAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y FOMENTO DE HÁBITOS SALUDABLES EN RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Ficha técnica

A) MUJERES REPRESENTANTES DE LA OPINION PÚBLICA INESPECÍFICA

Realizamos un total de SIETE (7) grupos de discusión y SIETE (7) grupos experienciales, según el siguiente diseño:

- Rg 1: Mujeres de 45-55 años, clases medias y medias bajas, residentes en el ámbito metropolitano Sur (Getafe, Móstoles, etc.). La

mitad del grupo serán fumadoras, todas activas en trabajos con importante componente físico (limpieza, servicios, comercio de grandes superficies, cuidado de mayores, etc.)

- Rq 2: Mujeres de 45-55 años, clases medias, residentes en barrios del Norte y Este de la ciudad de Madrid. Trabajadoras en empleos altamente sedentarios (empleos administrativos, funcionarias de gestión, etc.) Todas habrán visitado al médico de atención primaria por algún problema leve de salud durante el último año.
- Rq 3: Mujeres de 45-55 años, clases medias altas ilustradas (profesiones liberales, medios de comunicación, publicidad, puestos directivos de nivel medio y alto, etc.). Muy dedicadas al mundo del trabajo, algunas de ellas sin hijos.
- Rq 4: Mujeres de 55-65 años, clases medias bajas de barrios del Este (San Blas, Vicálvaro, Coslada...), todas amas de casa, todas con nietos de corta edad con los que ejercen tareas de cuidado. 50 % los cónyuges I continuarán trabajando y 50 %, prejubilados y pensionistas.
- Rq 5: Mujeres de 55-65 años de clases medias rurales residentes en algún entorno de la Comunidad de Madrid (Chinchón, Titulcia... Sierra pobre de la CM).
- Rq 6: Mujeres de 55-65 años, clases medias y medias altas de barrios residenciales del Norte de la capital, inactivas. La mitad de ellas, con alguno de los hijos aún viviendo en la casa familiar, en la otra mitad estos se habrán independizado (nido vacío).
- Rq 7: Mujeres de 45-55 años, inmigrantes latinoamericanas y magrebíes. Trabajadoras en servicio doméstico, servicios de cuidado, comercio, etc. Viviendo con los hijos/as en diferentes zonas de la CM.

GRUPOS EXPERIENCIALES

- GT 1: Mujeres de 45-55 años, con diagnóstico médico de sobrepeso u obesidad que realicen algún tipo de actividad física por motivos preventivos.
- GT 2: Mujeres de 55-65 años, cuidadoras principales de familiares dependientes que residan en el mismo hogar.

- GT 3: Mujeres 45-65 años, miembros de asociaciones de enfermos del cardiovasculares (Fundación del Corazón, Enfermos del Corazón del Hospital 12 de Octubre, Asociaciones de Aterosclerosis, Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar, etc.) que estén involucradas en actividades de prevención cardiovascular.
- GT Nº 4 Mujeres con edades entre 30 y 40 años con algunos de los factores de riesgo cardiovascular, activas y representantes de clases medias en situación de inestabilidad social.
- GT Nº 5: Mujeres con edades entre 48 y 60 años de clases medias, viviendo en parejas y madres de varios hijos, con empleo remunerado, que hayan pasado por diversos tratamientos específicos por estrés, o sobrepeso o tabaquismo en el último año, viviendo en ayuntamientos de área metropolitana
- GT Nº 6: Mujeres con edades entre 55 y 65 años, de clases media, media baja, alguna inmigrante, con hijos en casa y cuidando a mayores que estén medicadas por estrés, colesterol, diabetes.
- GT Nº 7 mujeres con edades entre 45 y 58 años de clase media alta, activas, que habiten en la zona norte de la CM con atención en la sanidad pública que no tengan patologías específicas pero que hayan consultado a sus médicos en los últimos meses por diversos aspectos inespecíficos (malestar en general, angustia, ansiedad, exceso de apetito, o falta de éste...

PROFESIONALES DE LA SALUD

Se ha entrevistado a un total de 22 profesionales de ciencias de la salud vinculados a diferentes especialidades, entornos profesionales y ámbitos de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el siguiente diseño:

Profesionales de medicina de Atención Primaria, Sanidad Pública:

- Director de Centro de Salud, Atención Primaria, Madrid capital, zona sur
- Médico Atención Primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona centro
- Médico Atención primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona sur

- Médico de Atención Primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona norte
- Médico Atención Primaria , Centro de Salud, entorno rural, sureste de la Comunidad de Madrid
- Médica de familia en tareas de prevención, Centro Madrid Salud, zona centro

Profesionales de enfermería en tareas de prevención:

- Enfermera Atención Primaria. Centro de Salud, Madrid capital, zona noreste
- Enfermero atención primaria. Centro de Salud, Madrid capital, zona centro
- Enfermera Atención Primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona sur
- Enfermera Atención Primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona norte
- Enfermera Atención Primaria, Centro de Salud, Madrid capital, zona centro
- Enfermera Atención primaria,. ámbito semi-rural, noroeste de la Comunidad de Madrid
- Enfermera de centro hospitalario área cardiología, Madrid capital, zona sur
- Enfermera de empresa, entidad pública, Madrid capital.

Especialistas de la sanidad privada:

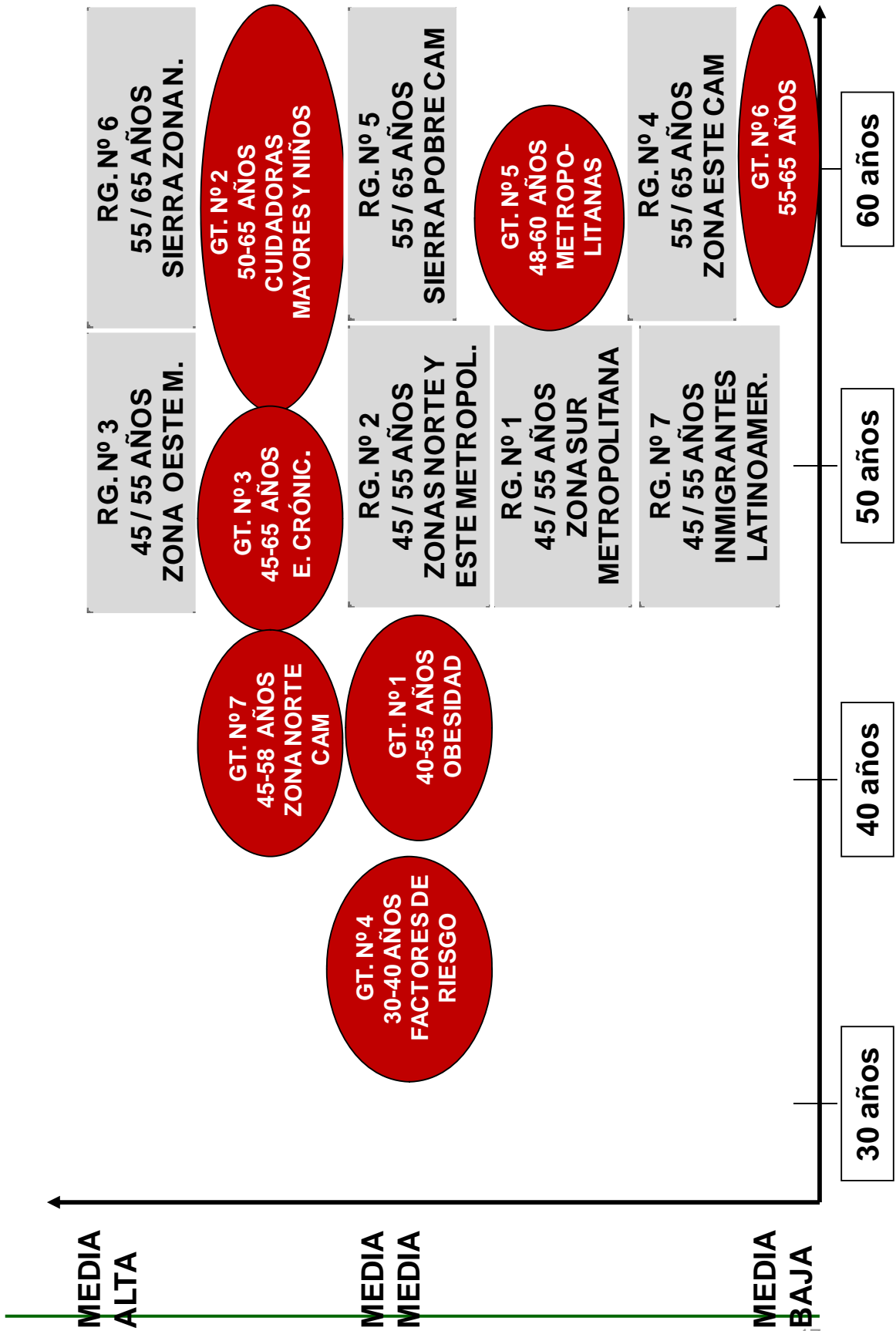
- Médico internista de hospital privado, Madrid capital, zona norte
- Médico internista de sociedad privada, especialidad en accidentes laborales de Madrid capital.
- Médica internista clínica privada, Madrid capital, zona oeste.

Especialistas del ámbito público:

- Médico urgencias hospital público. Ámbito semi-rural, oeste de la CM
- Médico Ginecóloga, Hospital Público. Sur CM
- Médica cardióloga, Hospital de referencia, Madrid capital
- Médico cardiólogo, Hospital de referencia, Madrid capital

- Médica cardióloga de hospital privado zona metropolitana este CM

POSICIONAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN CANÓNICOS Y TRIANGULARES



CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS DISCURSOS DE LAS MUJERES INTERLOCUTORAS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Si un factor resulta emergente y de gran valor estratégico dentro de la presente investigación realizada, es, justamente, la alta participación y la notable transparencia y honestidad que se desprende del conjunto de discursos producidos por las mismas mujeres. Discursos de gran espontaneidad, cargados de proposiciones muy elocuentes, toda vez que no han tenido ningún problema en manifestar sus temores, pero tampoco sus excesos, sus transgresiones, sus vitalidades. tanto como sus faltas de disciplina y déficits de autocuidado. Sus satisfacciones y sus frustraciones... Lo que trasunta – de manera irremisible - en la convergencia de los diversos discursos, tanto de las mujeres autóctonas como de las que son inmigrantes y provienen de diferentes culturas. En efecto, la condición de género, una vez más, resulta no solo estructural, sino, sobre todo, estructurante en relación a las pautas de cuidado, las formas de autocomprensión de sus maneras de ser y estar en el mundo, sus sistemas de relación con los otros, pero sobre todo, el cúmulo de creencias y atribuciones relativas a la salud, los riesgos, las prácticas y los hábitos que desarrollan.

Sin desconocer las peculiaridades culturales – no sólo en lo que respecta a mujeres autóctonas frente a mujeres de otras nacionalidades – sino también en lo que se refiere a diferencias de edad, diferencias de niveles educativos, diferencias en relación a las culturas locales de procedencia relativas a diversos universos locales de España, diferencias de estatus social y de tipo de actividades de las que son responsables, ... en todos los casos, la identidad del género aparece como un transversal condicionante que vincula, antes que distanciar, a los diferentes grupos de interlocutoras.

Si la identidad femenina aparece como un transversal capaz de hacerse patente en muy diferentes perspectivas de acercamiento, la temática de la salud de las mujeres no hace más que avivar las complejas relaciones que ambos términos mantiene entre sí. Porque lo que parecen aunar la vinculación explícita entre género femenino y salud es, justamente, la impronta peculiar que caracteriza esta cultura de la feminidad y que se expresa a través de su “canal natural” en los temas de salud, justamente porque en las mujeres la identidad femenina se constituye de forma paradigmática en la flexibilidad de lo que hemos dado en llamar el YO RELACIONAL. Un yo relacional que implica que esta identidad

tiene en otros, con otros, para otros por otros... sus más profundas raíces de constitución.

A diferencia de lo que sucede con la identidad masculina cuyo mandato cultural más expresivo es construir cada sujeto como un individuo fuerte y peculiar (sólido, con personalidad, con capacidad de lograr la individuación, con mundo propio, con energía suficiente como para lograr un destino heroico, una trayectoria épica que lo diferencia del resto de los otros varones....) la identidad femenina se constituye en la proliferación del vínculo, de los vínculos, en tanto horizonte de realización de la propia biografía.

Las mujeres, son tales, en la medida en que sean capaces de desarrollar habilidades específicas aunque muy diversas en medio de los otros, para los otros, con los otros. Es decir mediando entre ellos en los diversos aspectos en que sea menester mediar y dicha mediación tiene que ver con dos tareas fundamentales que emanan de la misma lógica de la reproducción biológica: el cuidado y la educación. Estas dos tareas estratégicas, son propias de la identidad femenina a pesar de la cantidad de varones que se han sumado a la misma. Sin embargo es una atribución que la cultura le presupone a lo femenino y si hubiera alguna duda al respecto, la notable dominancia tradicional femenina en la enfermería – y en la actualidad en todas las ciencias de la salud – y la feminización de la educación en España y en Occidente dan cuenta de lo que señalamos. Otra notable expresividad de la identidad femenina puesta en una profesión, es la destacada mayor presencia de mujeres en psicología, en cualquiera de sus ramas, desde el psicoanálisis hasta el conductismo – ramas cada una de ellas que si algo tienen en común y le otorgan perfil a la profesión, es justamente, acompañar y cuidar del sufrimiento de los otros

Las mujeres, pueden tener una gran capacidad para dirigir empresas, desarrollar políticas de diverso tipo y signo, controlar la ciencia... pero si estas mismas mujeres no exhiben su identidad desde la capacidad de cuidar y educar a otros, de otorgarle protagonismo máximo en sus propias vidas a la construcción de vínculos afectivos, su feminidad estará en fuerte entredicho porque cuidar y educar es lo propio de su género. Por todo ello, una investigación como la que nos ocupa, conocer la imagen y representación de las enfermedades cardiovasculares y los riesgos que este tipo de patologías entrañan para las mujeres, ha de comenzar dando cuenta del hecho ineludible de que nos encontramos con un sujeto construido culturalmente, la identidad femenina, cuya mayor energía está puesta en cuidar de los demás, es decir, un sujeto que tiene la mirada estratégica puesta sobre los otros antes que sobre sí misma. Y en

segundo lugar, la constatación fehaciente, una vez más, que da cuenta de la importancia central de la idea de salud y sus derivados, no como un discurso científico, realizable, sólido y racional, sino como una sumatoria de imaginarios que le otorga importancia y hasta dominancia a ciertos aspectos, pero que deja en un lugar de sombras a otros muchos. Estos dos aspectos, serán centrales para comprender las páginas que siguen, las cuales, de una u otra forma, reconstruyen estos dos ejes implícitos, más allá de lo específico de nuestro cometido de investigación.

Las mujeres representan un YO RELACIONAL, porque se hayan en medio de las relaciones no sólo con otros sujetos de su entorno sino sobre todo, porque son eje de mediación ante otras formas relacionales que caracterizan a diferentes segmentos en situación de dependencia emocional (los hijos, las parejas, los padres) pero también el resto de la familia, los amigos, el barrio... En implicación directa con las formas culturales del cuidado, - gran paraguas dentro del cual se sitúan los cuidados específicos ante circunstancias de déficits de salud - , son las mujeres, antes que el núcleo incierto de roles llamado familia, las que desarrollan el conjunto de tareas y responsabilidades que puede demandar la ausencia de niveles de salud autónoma para cualquiera de los miembros del grupo familiar, nuclear y extenso. Por ello, las mujeres no solo tienen la experiencia del cuidado de “los pequeños”, responsabilidad de huella dejada para los otros en la amplia etapa del proceso de aprendizaje de la sociabilidad, sino que además lo son de sus padres y madres, pero también de sus suegros, de sus maridos, de otros familiares, y muchas veces de otras relaciones de menor implicación como los amigos, los vecinos, etc.

A mis suegros, es que no solamente tengo a mis padres, en (...), aquí en siete kilómetros tengo a mis suegros y mi cuñada, la hermana de mi marido vive en Reus, en Tarragona y tiene bastante con sus hijos y su marido, mi cuñado que ahora le han dicho que tiene depresión, sabe Ud. pero está así desde hace bastante porque fue de los primeros hace así tres años que se quedó sin trabajo. Y claro, ella no puede porque tiene que trabajar que trabaja en un Mercadota y cuidar de su marido, de su casa de sus hijos. Y nosotros aquí que el mayor ya marchó pero el pequeño no, vivimos con mis padres y por la tarde, me voy a cuidar de mis suegros

RG N° 5 AMBITO RURAL SUR CM

Yo lo veo no solamente por mi, en el despacho, es un despacho mediano de abogados y economistas, los hombres nunca tienen que cuidar a sus hijos, a sus hijos los cuidan sus mujeres y a nuestros hijos en el mismo despacho los cuidamos nosotras... ¿entonces? Eso quiere decir que algo no va bien

Perdona, pero es aún más amplio, cuidamos a los hijos, a los maridos a los padres, a los hermanos menores y a los suegros.... Eso para empezar.

RG N° 6 ZONA NOROESTE MADRID

Lo peor es que llegas a la madurez, yo tengo sesenta y dos años. Y no solamente hay que tener a los hijos en casa, sino que además hay que cuidar de los nitos, para que tus hijos puedan trabajar pero es que ahora con el tema de que viven tantos años, tengo también a mi madre y a la madre de mi marido con diabetes,. En casa las dos... cuando no es una, es la otra

Y te pasará como a mi, que te crees que ha llegado el momento de descansar, de jubilación y de eso nada, monada, porque hay que cuidar a los demás.... Ya te digo

RG N° 2 MADRID 50 – 60 AÑOS

Pero la cultura del cuidado no sólo queda limitada a otras personas en el sentido más diverso y amplio del término, sino que alcanza, también, a los espacios, a esos mismos que todos consideran hogares, - también las mujeres, claro - pero que no representan ámbitos de actividad, y menos aún, de actividad fungible, - esto es, lo que se hace para volver a realizar y por tanto carece de valor o de equivalencia económica – más que para las mujeres, que en su amplia diversificación del concepto cuidado, lo extienden también a los espacios que habitan ellas y todo el grupo social de pertenencia. Las mujeres son, las responsables del cuidado de la casa. La mayoría de las veces también de la acción constante, fungible, invisible del cuidado del espacio, pero incluso en aquellas realidades socioeconómicas en las que las mujeres están liberadas de las tareas o acción sobre el hogar (lo que otrora se llamaba “sus labores”), siguen siendo ellas las responsables logísticas de la ejecución de dichas tareas, esas mismas que otra mujer que ha dejado sus hijos y su casa en manos de una

tercera mujer (su madre, su hermana, su prima...) ejecutará para beneficio de todo el grupo familiar. ¹

Óigame, yo he dejado en Santo Domingo a dos hijos pequeños con mi madre, bueno ahora están con mi hermana porque mi mamá se cayó y tiene escayola para tres meses. Y yo estoy aquí limpiando una casa de cuatro niños que son unos maleducados literalmente, que no saben ni hablar bien, estoy con mi esposo y cuando llego a mi casa y pienso que tengo que ponerme a limpiar, a planchar, a preparar comidas, no me lo puedo creer. No sé si se refiere a eso con lo de cuidados pero de verdad, que me parece que no puede ser más injusto todo

Pero eso pasa en todas las casas porque siempre las mujeres tenemos que atender la casa y el trabajo, la casa y el trabajo y cuando vienen los hijos, pues hijos casas y trabajo. No veo que te sorprende

RG N° 7 INMIGRANTES 45 – 55 AÑOS

La identidad personal de cualquiera de estas mujeres interlocutoras ha atravesado diferentes culturas de edades en las que la dedicación a los otros, la idea de que ellas son, en gran parte, para los demás y que siendo para los demás es la forma en cómo construyen su personalidad identitaria de género se ha ido fraguando desde muy pronto. Pero es justamente en esta adultez – recordemos que el colectivo de interlocutoras tiene entre cuarenta y sesenta y cinco años – donde la sensación de hiperresponsabilidad hacia los demás (en su totalidad y hacia cada uno) cobra toda la espesura que alcanza, incluso, a mitigar la salud de la misma mujer interlocutora, responsable cuidadora de los demás. Dicho en otros términos, estas mujeres que han atravesado por diferentes culturas de edades, perciben y experimentan que están llegando a un punto sin retorno de la variedad de sus ciclos vitales, pero que en cada uno de ellos han estado atravesadas por dos constantes que marca el sentido de sus propio género; en cada uno de ellos han experimentado alguna forma de pérdida (llegada de la menstruación y final de la infancia, contención juvenil ante la propia experiencia hormonal, embarazos y experiencia de la propia naturaleza que contiene y que a los nueve meses se vacía, partos, menopausias... etc.) pero si algo se mantuvo constante ha sido la responsabilidad de tener que hacerse cargo de los cuidados de otros, dimensión ésta, además de todas las

¹ Al respecto, resulta de gran interés la variedad de estudios que se vienen realizando en los últimos años referidos a lo que se ha dado en llamar la cadena femenina de cuidados planetarios

otras, que en ningún caso, parece haberles condicionado a los mismos varones con los que conviven.

.... Pero si lo hablábamos hace unos días, yo tengo tres hermanos, uno mayor y los otros son gemelos más pequeños, pero ya son hombres, claro... pues mira, no sé cómo es esto que ellos están perfectamente, nunca han tenido que perder una noche despiertos por nadie, ni por mis sobrinos, porque lo han hecho sus mujeres, mis cuñadas, y resulta que están como una rosa. En cambio yo, que tengo colesterol, que esta pierna está fatal que me operarán pronto, cuando tengo turno, las manos mira como están y todo así. O sea que todavía haciendo comidas y recibes a quien toque, eso es verdad. Porque mira, a mi madre que en paz descanse la cuidamos en casa, no en casa de mis hermanos, y cuando los míos se ponían mal, pues si acaso mi madre cuando pudo me echó una mano, pero ellos nunca. Yo ahora que ya soy mayor, ya estoy prejubilada de telefónica hace años, ahora me doy cuenta de todo lo que nos ocupamos las mujeres de la salud de los demás y los hombres, nada, pero anda de nada

RG N° 4 55 – 65 AÑOS ZONA ESTE CM

Si las edades están marcadas por diferentes culturas que se han gestado a través de mecanismos informales de construcción de la identidad del género, esos mecanismos informales han dejado todo un saber que es propio de las mujeres, aunque éstas mismas hayan asumido otras responsabilidades económicas, extradomésticas, logísticas, etc. que las ha situado en un lugar de producción de valor y de asunción de responsabilidades muy similar – o cuando no, superior – a la mayoría de los varones

Yo no sé de ninguna mujer en España ni en mi país ni en ningún sitio que no sepa atender a los demás, yo para mi que es genético, que las mujeres venimos a esta vida a cuidar de los demás porque viene en los genes, de verdad que lo pienso

RG N° 7 MUJERES INMIGRANTES

No sé si tenéis información yo es que trabajé en Imsero muchos años hasta que me jubilé, me jubilé hace un par de años que justo hubo un cambio de Dirección y me ofrecieron, bueno, la cosa es que ya hace años que se comentaba que las mujeres producíamos un valor que nadie quería tener en cuenta por que si se pasaba a

dinero, quebraban los estados de Europa solamente con lo que hacemos de cuidar a los hijos, a los padres y las personas con discapacidad, esos tres

Pues imagínate si le pones además todo lo que significa de hacer la comida, lavar, planchar, limpiar,, vamos que ni los estados más ricos del mundo, te lo digo yo

RG N° 1 MUJERES 55 – 65 AÑOS ZONA SUR CM

Esta variedad de reflexiones acerca de la relación con los otros, esta caracterización tan certera acerca del YO RELACIONAL que identifica la condición femenina y que se constituye en una de sus más específicas y diferenciales señas de identidad, deberá ser tenido en cuenta como un marco necesario para comprender las diferentes formas de acercamiento al autocuidado por una parte, la manera específica en que conciben, experimentan y valoran sus nociones de salud y la proyección sobre sus propios autocuidados y expectativas, así como los riesgos que ciertas prácticas o inhibiciones puedan provocarles. Pero por otra parte, también, será un marco necesario para abordar un tema implícito que está contenido en sus mismas nociones y prácticas de género, el principio mítico, según el cual mientras se está cuidando a una persona, a un grupo a un lugar, no ha cabida la enfermedad, el malestar o la situación de deterioro del agente cuidador tal como señala la cita siguiente:

Está demostrado y yo creo que hay estudios y todo al respecto, si tu tienes como dices mal a tu suegra y tu marido con depresión y cosas así y además los chicos en casa, pues tu tranquila porque a ti no te pasa nada, pero nada es que no tienes riesgo de un accidente ni de una enfermedad ni de nada

Eso por supuesto porque además las mujeres somos mucho más fuertes que los hombres, eso se sabe desde siempre

Ya sabes que si ellos tuvieran que parir se hubiera acabado la humanidad hace bastante

Lo que pasa es que el mismo cuerpo femenino está mejor preparado para soportar el deterioro porque es más fuerte, mucho más fuerte

Y además si no tienes tiempo de enfermarte, no te enfermas

RG N° 3 MUJERES 45 – 55 AÑOS OESTE CM

Si esta noción heroica de lo femenino, de su cuerpo y de sus potencialidades es parte del marco estructural desde el cual pensarán la realidad del autocuidado y prevención de las enfermedades cardiovasculares, será necesario antes de centrarnos en la temática específica propuesta, nombrar, muy esquemáticamente, los tres grandes paradigmas del actual contexto que ellas mismas clarifican desde su experiencia vital:

En primer lugar se trata de un momento sociohistórico caracterizado por unas circunstancias especialmente alteradas por efecto directo – en todos los sectores consultados – de la CRISIS ECONOMICA que llega a los hogares como forma de crisis del mercado laboral y su mensaje de inestabilidad muy indeterminado en el tiempo

Yo de salud, yo creo que bien pero a mi me parece que aquí en (...) estamos todas las mujeres, las de mi edad enfermas de miedo porque los hijos no se marchan, no se podrán ir, es una cosa muy mala lo que está pasando que no hay trabajo y que no se ve arreglo

Lo que pasa es que no solamente no se van es que a casa han vuelto dos y me dirá que hacemos con la jubilación de mi marido, un piso pequeño aquí en el Carmen, pero que hacemos con dos hijos que se marcharon y ahora vuelven a estar aquí, eso es muy malo, esa enfermedad es que no se cura pronto no, más tiempo no sé

RG N° 6 55 – 65 ZONA NORTE CM

En segundo lugar la contención del gasto doméstico que va a afectar muy directamente a todas las formas de búsqueda activa en las políticas de prevención de diferentes patologías, aún cuando se trate de sistemas de prevención inespecíficos como es el ocio, el baile, las vacaciones, etc.. Resulta evidente que se ha tenido que restringir el gasto en todas las partidas y la salud, especialmente la que se sitúa fronteriza con las ofertas estetizantes (odontología, estéticas varias, etc.) han experimentado un importante retroceso. Pero también el gasto que sostenía formas de autocuidado muy vinculadas a la prevención de lo cardiovascular como actividades gimnásticas, u otras prácticas de esparcimiento y ocio que actualmente han desaparecido de las actividades femeninas de amplios segmentos sociales

Los dientes igual, uno de mis hijos, mi hija me decía que me pusiera las gomas que me arreglaban los dientes y que en un año los tendría muy bien. Pues al principio me

entusiasmé, pero mirad lo he dejado porque es mucho dinero y no sé si mañana podemos pagarlo.

RG N° 2 40 – 50 AÑOS MADRID

Claro antes te podías dar el lujo de ir a un gimnasio, de ponerte en tratamientos de estos de estar mejor, mejor de aspecto porque te cuidas claro, pero es que todo eso sale muy caro y en tiempos tan duros que no sabes que va a suceder mañana no puedes estar no mirando el euro con lupa. Yo lo lamenté muchísimo porque incluso mi médico me aconsejó que hiciera ejercicio y la verdad es que soy muy vaga para hacerlo sola, tengo el colesterol muy alto y tengo que moverme pero no me gusta tampoco tener que ponerme a andar por andar, y claro una persona que te haga una tabla que puedas estar dos días a la semana en algo que sea para ti, pues es un lujo que ahora no puedo darme, entonces tendré que seguir con el colesterol alto y privarme de mis dulces que me vuelven loca

GT N° 1 - 40 55 AÑOS MADRID

Y en tercer lugar, la experiencia generalizada de una mayor carga de incertidumbres (stress, angustia, ansiedades, depresiones....) porque los vínculos, y en algunos casos el conjunto de ellos está actualmente en un periodo de zozobra provocado por la inestabilidad y precariedad y la consecuente parálisis en lo que respecta a los planes de futuro, proyectos estimulantes y proyecciones positivas.

Mi hijo ha estado años formándose ... y estaba trabajando en la empresa, en una de las empresas de ...

Qué barbaridad, parecen que las cierran todas

Todas no sé, pero a mi hijo no solamente lo van a despedir que es lo que él quiere sino que además no le pagan hace como tres meses y les dicen que no pueden despedirlos, que sigan trabajando aunque no puedan pagarles. Entonces ya están en magistratura y todo un follón, vamos y adonde recurren los hijos cuando tienen estos problemas, pues a casa de los padres a donde si no. Tengo a mi marido con gota que además se le ha disparado con este disgusto. A una de mis hijas que estudia para el servicio diplomático que ha hecho un esfuerzo total y resulta que han decidido que no hay convocatorias hasta el año que viene y así es todo... por eso si preguntas por la salud, la mía muy mal, muy mal

porque todo eso te afecta, como no te va a afectar...He engordado como cinco kilos en el último año

GT N° 3

No resultará muy difícil vincular estos tres grandes factores que están presentes en la realidad de los hogares de la CM – y del resto de España – y comprender que los mismos están presentes en las dificultades de la mediación, de la interacción y de la construcción de ese yo relacional que hace de las mujeres un constante nosotros .

Son las mismas mujeres interlocutoras las que dan cuenta del conjunto de atribuciones que les caracterizan y que no finalizan en el cuidado de la salud de los demás – y de ellas mismas. Por el contrario, toda noción de responsabilidad de salud de estas mujeres habrá de inscribirse en un conglomerado continuo y mucho más complejo que la salud y del que dan cuenta sus mismos discursos:

- **EL CUIDADO DE LOS OTROS:** En un sentido muy amplio y diverso según el cual es tanto el cuerpo como “el alma” o las emocionalidades de los demás de su entorno, lo que consideran parte de sus espontáneas responsabilidades de sus formas innatas de vinculación con los demás, del concepto mismo de salud. Noción holística de la idea de salud y más aún de todas las formas preventivas posibles o potenciales, ya muchas veces referida en estudios publicados por diversas entidades de la CM, y que vuelve a hacerse patente en la formas de experimentación de estas mujeres en la peculiaridad incierta del actual proceso histórico.

Estamos a todas, porque cuando no es un hijo que le pasa algo es un nieto que tiene problemas en el colegio, es el otro que no come tal cosa o es tu marido que tiene algo que funciona mal y ya se sabe que los hombres en cuanto tienen un dolor se les cae el techo encima y no pueden hacer nada, de verdad yo no sé en que quedó aquello del sexo fuerte porque de verdad es que dan pena, cuando pasan los sesenta, se sienten cada vez más desvalidos

Y si tienes padres... tienes a tus padres?

Claro

Es que esos son otros que pasan a ser los hijos de nosotras y hay que estar a todas para poder atenderlos.

A mi además me da mucho palo porque mis padres de siempre se han llevado muy mal, tienen mucho carácter y son de un carácter imposible, la verdad y cada dos días que se hago cargo yo de estar con ellos, porque me turno con una hermana que además tiene lo suyo porque está con diagnostico de depresión... y así todo, es un sin vivir

Rg n° 3 45 – 55 años

- **EL CUIDADO DEL ESPACIO DOMESTICO:** Ya se trate de la gestión y realización de todas las tareas, de algunas de ellas o de ninguna. Lo que resulta innegable es que en la organización familiar española, la mujer sigue siendo la responsable última de la logística del hogar, con independencia de que realice o no las tareas que dicha logística reclama. La mayoría de las mujeres interlocutoras correspondientes a segmentos medio alto, medio-medio y medio bajo – incluidas por supuesto las mujeres inmigrantes – son las que realizan todas o gran parte de la diversidad de tareas que implica el cuidado del espacio doméstico: limpieza, cocina, indumentaria de cada uno, y del conjunto, aprovisionamiento, gestión del tiempo compartido, construcción de la sensibilidad de sabores y gustos de cada uno de los miembros del hogar, relaciones exteriores del grupo familiar, cuidado del medio, intendencia del equipamiento alimenticio, de cuidado del hogar, de la presentación pública de cada miembro del hogar y un amplio etcétera que cubre desde las actividades más estructurales a las más significativas, desde las menos nobles a las más simbólicas.

Lo que pasa es que la gente se cree que cuando se dice que una mujer no trabaja es que no hace nada y creo que no se imaginan la cantidad de cosas que hay que hacer, de las que hay que ocuparse, si de verdad yo llego cansada al final del día, antes no me pasaba, claro que ya tengo sesenta y cuatro años, pero es que me canso de todo lo que hago porque no tengo depresión ni nada de eso, eso ya me lo quitó el médico de la cabeza, pero me canso y no sé por qué me parece que me falta el aire

Perdona es que una casa es mucho trabajo... tus hijos están contigo?

Qué remedio, dos que se marcharon han regresado...

Si es que no se puede con estos tiempos tan difíciles, no hay medicamento para lo que está pasando

Sobre todo lo que pasamos nosotras, perdona que llegar después de una vida de esfuerzos y pensar que te tienes que seguir haciendo cargo de los demás, me dirás que salud se puede tener en esta realidad

RG N° 6 – 55 – 65 AÑOS CM NORTE

Circunstancia de responsabilización del espacio doméstico que no desaparece aunque estas mujeres se hallen en el desarrollo de sus profesiones, de sus saberes, o incluso en medio de los empleos remunerados menos gratificantes como puede ser el mismo servicio doméstico que transfiere al mercado de trabajo el saber femenino como no saber, como ausencia de calificación como producto de un aprendizaje tan informal que se confunde con la misma condición femenina

Óigame, no se quejen del trabajo en la casa y del trabajo fuera porque yo trabajo limpiando y poniendo orden en dos casas diferentes, una por la mañana, otra por la tarde y cuando llego a mi casa, me toca empezar a poner lavadoras a las ocho de la noche

A mi ahora no porque estoy en (...), pero hasta el año pasado trabajaba en servicio doméstico y me pasaba igual, tenía que dejar mi casa para la noche para el fin de semana y mientras tanto ganar de lo que sabía hacer que nadie te enseña y que se paga muy mal, porque se paga muy mal aquí y en todas partes y nadie se fija si por ser dos veces al día ama de casa eso es malo para tu salud

RG N 7 INMIGRANTES CM

Yo no suelo hacer las cosas de casa en la semana porque hay una asistente porque sino, claro, no podría trabajar esa es la verdad

Pero eso no quita que tengas la casa en la cabeza junto con todas las otras cosas del despacho, de los hijos, de tus padres, de todo

Perdona parece un tópico pero a mi me pasa mucho que si por la tarde se larga a llover como pasó ayer, lo primero que me viene a la cabeza esté con quien esté en mi trabajo es que se estropea la ropa y eso no se lo puedes decir a nadie porque pensarían que estoy loca pero es así

Esa es la cruz de las mujeres que no me parece que la entienda nadie, pero no solamente los hombres, no las instituciones ni nada ... y es que vivimos con la cabeza a dos cosas todo el tiempo, la cabeza en dos lugares

Cuando no, en más

RG N° 2 45 – 55 CM NORTE Y ESTE

- PARTICIPAR EN DIFERENTES REDES Esas mismas que ahora han devenido sociales pero que han sido espacios clásicos de participación en los que las mujeres, mucho más que los varones son sujetos activos y de calidad participativa muy enérgica y disciplinada. Nos referimos al amplio, diverso y cambiante universo de asociaciones de diverso tipo (desde el asociacionismo de las amas de casa hasta las AMPAS, desde los espacios de aprendizajes varios hasta el movimiento ciudadano, en todos y cada uno de éstos ámbitos las mujeres participan y lo hacen con gran capacidad de entrega de energías, pero también de su tiempo, de sus saberes y, sobre todo, de sus renunciaciones

Porque es algo que no puedes dejarlo porque hemos logrado muchas cosas en el barrio y en la relación con la Junta de Distrito, claro somos casi todas mujeres, pero está bien porque Madrid se ha vuelto una ciudad muy grande y que la gente, los hombres cada vez están menos al quite y allí estamos dando el cante que se dice

RG N° 1 MUJERES 40 55 AÑOS CM

Claro es que si no nos apoyamos las mujeres inmigrantes no te creas que... es que si por esto conseguimos que se pusiera otra guardería en el pueblo que había una sola y si no puedes dejar a tos niños, aunque sea pagando algo, es que no puedes salir a trabajar

Y en parroquia también hay mucha gente que aunque pase necesidades ayuda a los demás y eso son muchas mujeres porque viene muchas cristinas de Perú de todas partes, Perú es muy católico

Y Quito también y siempre si podemos ayudar, ayudamos porque siempre pensamos que hay grupos, familias que pasan más necesidades que nosotros mismos

RG N° 7 INMIGRANTES

- ANFITRIONAS DE LAS RELACIONES FAMILIARES De forma explícita e implícita las mujeres de núcleos más o menos estandarizados se saben responsables de la vida social de sus familias, es decir de ser las mediadoras de los vínculos dentro del grupo familiar, especialmente cuando los hijos e hijas se han marchado del hogar nuclear y hay que reinventar las formas de relación desde una nueva estrategia nodal. Las mujeres asumen muy explícitamente, la idea de control de las relaciones porque en dicho control están desarrollando mecanismos de cuidados especialmente de los maridos o compañeros que en la edad adulta han de desarrollar mayor atención a los cuidados. Es muy notable, por ejemplo, la importancia de este rol en el caso de las mujeres inmigrantes, especialmente las que provienen de culturas en las que los varones son proclives a la bebida en fin de semana, dimensión sobre la que tienen especial capacidad de comprensión y de contención:

Yo sé muy bien que una cosa que mi hombre tiene que controlar es que no se pase con la bebida los sábados porque durante la semana no bebe, de verdad que no bebe nada pero tiene la costumbre que es muy de nuestro país que el sábado por la noche es de fiesta y en la fiesta bebe hasta caer al suelo. Y él tiene colesterol alto y entonces son las noches que yo me digo a mi misma, que estoy de guardia, que tengo que estar allí para evitar que beba, y entonces prefiero que vengan las amistades a casa porque entonces puedo controlar mejor

RG N° 7 INMIGRANTES

Todo cambia porque tiene que cambiar, a nostras nos pasó lo mismo lo que pasa es que una cosa es decirlo y otra muy diferente cuando te das cuenta que hay que inventar trucos para que los hijos vengan a casa, y entonces yo que no debería comer dulces, como los míos son muy golosos porque siempre lo han sido, les provocho con que haré un pastel, o flan, en casa de siempre ha gustado el flan y yo, la verdad, es que lo hago muy bueno. Y entonces sé que vienen, que lo hacen con gusto, que mi marido se pone como loco y claro, es que te das cuenta que sigues siendo madre cuando ya se han ido, a veces aunque sea para cargarte de trabajo

Y de dulces

Y de dulces

RG N° 1 40 – 55 AÑOS

- DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO Se trata de un término que se repite muchas veces en nuestra investigación lo que da cuenta de la inserción social de dicho concepto entre las mujeres de la CM. Inserción de un concepto sobre el que tienen especial predicamento los medios de comunicación y – con toda seguridad – las llamadas revistas femeninas que han sido las más elocuentes trasmisoras del mismo. La idea de autocuidado para estas mujeres que se han hecho adultas socializándose con estas publicaciones entre las que ocupa un lugar muy destacado la prensa del corazón o las llamadas “revistas prácticas” en las que también es explícita la cultura de la cosmética, de los tratamientos estéticos, del buen aspecto o mejor aún, de la juvenilización como mandato de la cultura hacia las mujeres en su conjunto..., parece incorporar, - sin ninguna duda -, la idea de salud en tanto sustrato del mismo, pero con una finalidad muy evidente: tributar al concepto estilización a fin de acercarse al canon cultural propuesto en el horizonte comercial de esos mismos medios que propagan la idea de autocuidado como inserción en la sociedad de consumo

Pues mira para la edad que tengo y para la cantidad de dinero que me han hecho gastarme en dietas, en aparatos

en pócimas mágicas, te aseguro que me he leído todas las revistas que hay en el kiosco y mas y que he probado cuanta dieta ande suelta y resulta que por mucha cosa de salud que me quieran vender, resulta que no adelgazo y la verdad que nunca he sido obesa, pero siempre me hubiera gustado tener unos kilos menos, incluso cuando me casé que me casé con cuarenta y siete kilos

Pero no eres muy gorda, ni me parece que ese sea un problema para ti, al menos por tu aspecto

Lo que pasa es que siempre te vienen con lo de la salud y resulta que lo que quieren es venderte una dieta por eso le digo a la señorita de entrada que si esto de hablar de la salud es para venderme una dieta, o una revista de belleza y salud, pues paso total

NO, NO QUE ÉSTA REUNION ES PARA INVESTIGACION NOSOTROS NO VENDEMOS NADA

RG N° 3 CM 45 – 55 AÑOS

Posición paranoica de la cita anterior que surge también en otras interlocuciones y que resultan expresivas en su espontaneidad de dos factores concatenados entre sí: en primer lugar que el término autocuidado, siempre les alude a belleza, mucho más que a salud y muy distante del término sanidad

No sé por qué pero lo de autocuidado para mi es como lo de las chicas que les regalan unas chanclas o un vestido, o algo que les regalan con las revistas para que compren unas cremas

A mi así exactamente no, pero lo de autocuidado es como planes de adelgazamiento, de embellecer, de cosas para no parecer mayores, que al fin es lo que somos

RG N° 2 50 – 65 AÑOS

Lo que pasa es que es una cosa que ha vuelto loca a muchas mujeres

Y a mujeres jóvenes

Porque claro es que es la tele y la revista y la radio es que tienes que cuidarte y autocuidarte y no comer esto ni lo otro. Ya está bien con el autocuidado de las narices

Es demasiado, eso del autocuidado es muy machacón

GT N° 3 45 – 65 AÑOS

Si lo que quieren no es que estés bien, menos que te veas sano lo que quieren es eso de que te cuides que no es ni más ni menos que lo antes te decían cómprate esta crema para parecer divina...

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

Y en segundo lugar que esta expansión del término responde a un canon modal que nada tiene que ver con criterios de salud, de bienestar y menos aún con lo que debería corresponder al término autocuidado en su sentido amplio, pero a la vez gratificante en tanto práctica para cualquiera de los dos géneros

No me parece que a la gente joven le vaya nada bien ese tipo de cosas que les propone, de verdad

Mi nieta que tiene 13 años, le pidió a mi yerno, a su padre, que si le pagaba ponerse pechos, así como la ven con ese descaro de las adolescentes y el padre le dijo que si estaba loca, así le dijo

(risas)

Y ella sabéis que le contestó? Que tenía derecho al autocuidado, decidme si no es para matarla, desde luego....

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Aquí se ve mucho más que en mi país que todas las chicas jóvenes se cuidan demasiado, el autocuidado del pelo, de la cara, de todo, los pies

Los codos

Todo es que se autocuidan, de verdad que eso es muy malo para la salud

Pero si hay alguna que hasta se ha quedado en el quirófano con tanto autocuidado

Si es que las mujeres siempre hacen sacrificios y se estropean la salud y se llenan de enfermedades con tal de gustar a los hombres

Pero nunca como ahora, nunca, de verdad, yo no he visto

RG N° 7 MUJERES INMIGRANTES

- CIUDADANAS INFORMADAS DE LO QUE SUCEDE EN LA REALIDAD Otro de los aspectos generalizados que están presentes entre las características que vinculan a las diferentes fracciones y bloques discursivos de la presente investigación. A diferencia de épocas anteriores, las mujeres adultas, algunas de ellas jubiladas o prejubiladas pero muchas con experiencia de trabajo remunerado y atentas a lo que sucede en la realidad y que les transfieren los medios de comunicación, se saben – y así lo expresan – que son personas con buena dosis de información y conocimiento sobre la realidad. En parte porque sus quehaceres antes invisibles han pasado a tener una importancia primordial para el conjunto de las empresas que demandan de estas mismas mujeres adultas, una posición de sujetos muy favorable al consumo en la medida en que son consumidoras finales y prescriptoras para muchos de esos consumos propios y del resto del grupo familiar. Y luego porque la realidad ha pasado a ser parte integrante de su cultura relacional por lo que se saben, con mucha claridad, que su capacidad de absorción informativa es notablemente alta, su condición de ciudadanas decisorias en el plano de las responsabilidades de la ciudad y su presencia en el mundo, uno de los aspectos que condiciona la vida cotidiana de todo los seres humanos, dadas, justamente, sus roles relacionales, mediadores y vinculantes de muchos sujetos y de casi todas las estructuras:

No veo yo porque se empeña en querer hacernos tragar cualquier cosa, si saben que no, que ya no somos las tontas que eran nuestras madres que todo lo que llegaba por la tele se lo creían, ahora, ahora tiemblan porque si tu, y yo, y la señora, y la otra decimos que no, pues tenemos un poder que finalmente ganamos y ellos no venden nada, eso es así y es muy importante porque ahora se nos oye

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Se trate de salud, de autocuidado o como quiera llamarlo, creo que nos da igual, al final tendremos un criterio de las cosas y así seremos, en función de ese criterio.

Por supuesto por eso no me asusta que quieran hablar de salud porque entienden algo diferente a lo que nosotros entendemos y tendrán que saber como lo vemos nosotros porque en la tele y en los Ministerios y en todas partes lo que quieren es venderte una moto, funcione o no funcione

RG N° 2 45 – 55 AÑOS ZONAS METROPOLITANAS

De esta forma breve, hemos intentado enumerar los aspectos más señalados desde el mismo discurso de las mujeres interlocutoras que consideramos de gran importancia hacer emerger, toda vez que sus consideraciones sobre el cuerpo, el autocuidado, la salud y la peculiaridad del riesgo cardiovascular, así como las patologías que pueden derivar o cursar a partir de estos mismos déficits, deberán comprenderse en el marco de estas amplias consideraciones sobre la relación con el mundo, con los demás, con el propio cuerpo y, en definitiva, con ellas mismas. Consideraciones todas ellas que están presentes de manera implícita, aunque han sido elocuentemente expresadas, pero que sostienen, en definitiva, la noción o mejor aún las nociones de salud de estas mujeres cuya complejidad y peculiaridad es producto de los mismos procesos de interacción con la realidad, dentro de la cual, y solo dentro de la cual, ha de inscribirse el discurso médico sobre la salud.

**PRIMERA PARTE: ACTITUDES Y
COMPORTAMIENTOS DE LAS MUJERES ANTE EL
CUIDADO DE LA SALUD**

II.- ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LAS MUJERES ANTE EL CUIDADO DE LA SALUD

Antes de adentrarnos en los aspectos específicos que hacen a nuestra investigación en relación al conocimiento y valoración de los riesgos cardiovasculares entre las mujeres adultas de la CM, nos detenemos en aspectos más genéricos e inespecíficos que hacen a las nociones actitudinales de estas mujeres ante la salud desde sus mismas percepciones sobre el tema. No se trata tan sólo de conocer cómo perciben su salud en lo particular, sino cómo éste concepto actúa en el vínculo que se establece con los profesionales del área sanitaria y cómo dicho vínculo está presente en la gestión de sus vidas cotidianas, sus hábitos, sus potenciales cambios de prácticas, la relación con el sentido de la vida, el disfrutar, el estar bien... en tanto conceptos que deben articular la orientación misma de la salud.

En efecto, estas interlocutoras se presentan dispuestas a participar discursivamente para hablar “sobre” algún tema que tiene que ver con la salud, hasta el punto, muchas veces, de creer que se trata de una discusión acerca del sistema sanitario en su vertiente diferencial público – privado, que es una temática amenazantemente emergente en el marco de la crisis y que surge, se asoma o se precipita en casi todos los grupos y minigrupos realizados...

- Me dijeron que era para hablar de temas de la salud en general, bueno me imagino que será sobre la sanidad pública y yo debo decir que soy defensora a muerte porque creo que con todas las cosas criticables, en Madrid está muy bien y tenemos que defenderla...

Yo también pro supuesto, aunque tengo una sociedad privada, pero de todas formas creo que la pública tienen que mantenerse....

GT N° 5 ZONA METROPOLITANA

Pero menos articulado aparecen sus discursos cuando se les solicita hablar de sus estados de salud, de cómo se sienten, qué problemas tienen y qué aspectos de sus vidas les parecen que se han debilitado o se encuentran en situación de vulnerabilidad en relación a los factores que cada una de ellas considere como dominante: la realidad socioeconómica, su propio ciclo vital, sus sistemas de relaciones, sus edades, etc.. La primera reacción ante esta demanda es una suerte de apertura hacia dos grandes tendencias posicionales antagónicas que van variando según los segmentos de edad: las mujeres centradas alrededor de los cincuenta años, - algo más o algo menos - tienden a intentar situar su salud dentro del paradigma del bienestar, del disfrute de la salud y la ausencia de enfermedades diagnosticadas, aun en aquellos casos en los que existe – por diseño de la investigación misma – alguna patología o malestar sobre el que están siendo tratadas desde la medicina: tabaquismo, obesidad, estrés...

Yo estoy divinamente, si no fuera por los kilos de más que se ven fácilmente, es más, lo que lamento es tener una naturaleza tan mala en cuanto a contener calorías y tan buena en otras cosas, porque fuera del colesterol y el sobrepeso que dicen los médicos, yo no tengo más problema que eso... pero eso es mi problema de siempre, y claro, con los años se hace más difícil

Yo como a ti... no veo que tenga grandes cosas, lo que sucede es que me encanta fumar, y fumo solamente porque me gusta, es que para mi es un placer y eso que ahora no se puede fumar en ninguna parte, bueno me estoy quitando

Pero has engordado? Porque yo antes fumaba y fumaba mucho, pero lo dejé y aumenté mucho más, siempre he sido de estar fuerte, pero desde que dejé de fumar, más, mucho más

Es que fumar adelgaza... lo que pasa es que ese es mi problema, que me gusta y que sé que es malo, pero bueno, fuera de eso no tengo nada más

GT N° 7 MUJERES EN TRATAMIENTO

Y en el extremo contrario, las mujeres que han superado los sesenta años, - estas cronologizaciones son solo tendenciales y extraídas de la casuística de nuestra investigación en concreto pero sin valor estadístico en esta metodología utilizada - y que asumen sus dolencias como cronificaciones irreversibles sobre las que se quejan, aún cuando las mismas aparecen en tanto sintomatologías

más inespecíficas o al menos carentes, incluso de diagnóstico, o pendientes de ellos:

Yo no sé lo que tengo, de verdad, no me encuentran anda, nada de nada, pero yo no me siento bien... yo creo que los médicos no dan con lo míos que no sé que es

Pero te han hecho pruebas?

Me las han hecho todas, de verdad, pero no sé... es verdad que yo tengo mucha tarea porque tengo a mi padre y a mi suegro a mi cargo, bueno mi suegra la comparto en cuidado con mi cuñada, pero es que es todo y hay días en que siento que la casa, los padres, los nietos, todo se me cae encima, no sé... no sé.

Son los años, hay un momento sobre todo si has tenido una vida de fatigas que quieras que no, la salud te pasa factura, a mi también, bueno yo tengo reuma en esta mano que apenas puedo con ellas y sobre todo, lo que tu dices, que estás muy cansada de todo, no es que tenga nada, pero no estoy bien, eso una lo nota, aunque los médicos digan que los análisis están todo lo bien que tienen que estar

Mi caso es diferente porque yo tengo el colesterol disparado, pero parece que ha sido una cosa de toda la familia, de mi familia... que es algo genético que se dice ahora, pero eso, no sé si es eso o qué es... pero yo tengo las piernas que se me hinchan, tengo las manos que se me ponen no sé... claro es la vejez porque yo tengo sesenta y cinco años y he trabajado mucho y ahora tengo a dos hijos en casa sin trabajo y a tres nietos... una de mis nueras sí que trabaja que está en un supermercado de (...) pero la otra no, y no creo que piense en hacerlo y mi marido jubilado y mal del corazón, o sea qué me decís? Es o no para estar preocupada y de los nervios y de no poder echar descanso, pero el médico me dice que tengo que no hacerme mala sangre y tratar de tranquilizarme y bajar el peso... sí claro porque me voy a convertir en Concha Velasco

GT N° 6 MUJERES MAYORES

Sería altamente erróneo superar la casuística, interpretando que el conjunto de mujeres con menos de sesenta años son denegadoras de sus problemas de salud y que las que tienen más, son hipocondríacas. De ninguna manera. Se trata de una casuística, que, sin embargo, no podemos dejar de identificar. Sobre todo porque la misma induce a pensar o mejor aún, a ver en perspectiva,

lo que dicha actitud, de generalizarse, podría aportar en tanto pauta del vínculo posible con la prevención. En efecto, si alrededor de los cincuenta, tal como surge de nuestros grupos experienciales, la tendencia es a fortalecer el mito de la juventud exhibiendo el poderío de una edad fronteriza entre la adultez y el mayorazgo ...

La verdad es que por suerte soy una persona supersana. Vamos yo y mis hijos y toda mi familia, mis padres, lo mismo, una maravilla, pero vamos... ni un resfrío en años de verdad, es un regalo de la vida poder tener una salud de hierro como la que tengo, estoy feliz, de verdad, Chica que suerte, que nada de nada...

Nada de nada... bueno, tuve un cáncer de piel, pero nada más

GT N° 5

... cuando es superada la frontera psicológica y social de los sesenta años, la tendencia que exhiben estas mujeres parece ser la de pertrecharse en la idea de la normalidad de cualquier cronificación como si la misma fuera inevitable, y al decir de ellas mismas, "propia de la edad". Tan propia les parece que la exhibición de tratamientos, de realización de consultas varias a diferentes profesionales, de tiempo de estancia y espera en ámbitos sanitarios, es tema de exhibición entre ellas mismas, toda vez que lo reconocen como una de las realidades, de los temas y de las formas de construir su agenda cotidiana, de manera más frecuente:

Perdona con mis amigas, incluso con mi hermana que tiene sesenta y seis, dos más que yo... una de las cosas que nos preguntamos para quedar a tomar algo o vernos y tal, es, tienes médico mañana? Porque claro, es una de las cosas que hacemos más, ir de médicos

Antes íbamos de escaparates, la verdad, era más divertido

Bueno pero a estas edades la que no tienen una cosa tienen otra, no hay nadie que no...

Todas tomamos algún medicamento, o más de uno, de verdad...

Y ESO COMO VEIS ¿

Como lo que te traen los años, que vamos a hacer es así... antes más o menos te cuidas pero hay un momento

después de los sesenta que se te cae el cuerpo y empiezas a tener que medicalizarte, desgraciadamente...

O por suerte, porque antes las mujeres de nuestra edad se morían y ahora no.

Resulta de gran interés comprobar que la complejidad de las asunciones de vulnerabilidad, presentan un cuadro de importante repetición, especialmente en lo que se refiere a la autorepresentación de las mujeres en relación a la salud, así como a los conflictos con el discurso profesional de la sanidad, ya se trate de sus médicos de atención primaria, los especialistas de diversas áreas o las profesionales de la enfermería.

A fin de mejor clarificar las diversas derivas de esta complejidad relacional que se abre a varios factores y perspectivas, destacamos a continuación las que consideramos más importantes y estructurales:

- 1) LAS REPRESENTACIONES SOBRE EL RIESGO EN SALUD
- 2) ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ANTE EL CONCEPTO PREVENCIÓN
- 3) LA PERCEPCIÓN DE LOS DISCURSOS PREVENTIVOS QUE LES LLEGAN DESDE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD
- 4) LOS OBSTÁCULOS DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN ANTE SUS MISMAS REALIDADES COTIDIANAS

Aspectos todos ellos que están más activos, más presentes, en lo que es la propia actuación de estas mujeres en tanto agentes de sus cuidados personales y de los cuidados de otros y de los espacios, antes que como resultado de una reflexión racional o al menos consciente sobre el mismo. Para algunas de nuestras interlocutoras, la experiencia de pensar en su salud, las contradicciones entre lo que saben, lo que reconocen como racionalmente justo y necesario – por ejemplo todas las creencias en la importancia de la actividad física y el equilibrio en la alimentación como forma de prevenir enfermedades posteriores es un tipo de discurso que se tienen aprendido y que lo han interiorizado – y al mismo tiempo, la ausencia de dichas pautas de vida en su hacer cotidiano, presentan un gran interés no sólo de cara a la investigación, sino, incluso, para ellas mismas que por primera vez parecen situadas ante sus propias contradicciones.

El saber, pero a la vez, el no asumir o llevar a la práctica la vinculación entre la importancia del término prevención y sus posibles beneficios para combatir el

riesgo, es sumamente interesante. Dicho en otros términos, saben que la prevención es muy importante, saben que lo es cualquier práctica que implique autocuidado físico y emocional, pero dicho saber o conocimiento no alcanza como fuente o motor de la acción. Por el contrario, cada uno de estos conceptos, la prevención pero sobre todo, el riesgo, abren a importantes matizaciones acerca de cómo son concebidos y vividos en estas edades.

2.1. Las representaciones sobre el riesgo en salud

En primer lugar, el dato fundamental que hemos de comprender para acercarnos a las representaciones sobre el riesgo en salud es el ineludible contexto acerca del éxito histórico que le reconocen a la medicina occidental moderna en la lucha contra la enfermedad y, más aún, ante la muerte. Posiblemente la evolución llevada a cabo en los últimos 100 años por la medicina resulte uno de los avances más grandes que se han dado en la historia. Los cambios en los conocimientos médicos y, sobre todo, en las técnicas nos sitúan en un panorama radicalmente distinto al que la humanidad ha debido enfrentar durante toda la historia, caracterizada por una precariedad total de la salud, dimensión presente en el conjunto de las interlocutoras, con independencia del diferente nivel educativo entre unas y otras. En efecto, todas saben que hoy, la efectividad de los tratamientos médicos y la noción de riesgo ante la mayoría de enfermedades no sólo ha logrado reducir drásticamente la mortalidad y alargar la esperanza de vida, sino que ha cambiado en profundidad las definiciones de la salud y todo lo que se espera de la atención sanitaria.

Claro, padecemos más riesgo pero no porque haya más riesgo, sino porque la medicina ha cambiado una barbaridad, que te digo yo... desde la época de nuestros abuelos, de nuestros padres

Mira la cantidad de gente que se moría de una infección y hoy sería un escándalo, o es un escándalo cuando sucede, de verdad, creo que tenemos más conciencia de que existen riesgos, pero también nos fiamos tanto que de verdad... creo que nos pasa a todas... no te asustas mucho

Por supuesto que no, lo primero que vas a saber que siempre habrá un tratamiento, porque los chinos y su medicina no sé, pero aquí vamos al médico a buscar que te den un tratamiento que te cure cualquier riesgo, cualquier enfermedad y cuando no pasa, te parece que es un escándalo como dice ella...

GT N° 7 45 – 58 AÑOS

Ahora los médicos saben mucho porque te hacen tantas pruebas que ya van a piñón fijo no ves? Es increíble por eso ni siquiera necesitan revisarte porque ahora todo es de pruebas y análisis y por eso a veces lo que pasa es que se demoran mucho porque tardan las pruebas

GT N° 6 55 – 65 AÑOS

Es decir, en el momento de desarrollo actual de la medicina, la percepción de estas mujeres es que, en buena medida, la lucha contra la muerte por enfermedades, pero también por epidemias, por errores médicos o por derivas incontroladas se ha ganado. Hay una confianza quizá desmesurada en el poder de la ciencia médica para tratar y curar todo un rango de enfermedades, de tal modo que se da por hecho que casi cualquier patología – tratada a tiempo – resulta, si no curable por completo, sí al menos “convertida en una enfermedad crónica, propia de las edades maduras, pero en ningún caso necesariamente mortal”.

Es notable como ha cambiado todo, de todas formas por mucho que nos quejemos, es como pasa con la sanidad pública, nos quejamos porque la queremos y ahora resulta que nos parece que somos inmortales, no me digas que no... nos quejamos de tener que tomar medicamentos pero si alguien se muere con 85 años, decimos, que barbaridad, si era una chavala!!!

Risas

Perdona pero es así, vivimos como si no fuéramos a morirnos nunca, y nos quejamos de tomar medicamentos... yo la verdad es que todavía no los tomo, pero después de los sesenta, o sesenta y cinco, lo veo por mi familia, mis primas, mis amigas, todas toman... pues benditos remedios

RG N° 3

Antes la gente se moría, bueno, sin ir más lejos mi suegra, de una infección. ¿Hoy puede pasar? Bueno está eso del virus del quirófano, pero es muy raro, tu no piensas que tienes un riesgo si te tienen que operar, un riesgo en el quirófano, te fías, te fías por los avances increíbles que se han hecho

GT N° 5 – 48 – 60 AÑOS

Morir nos morimos todos, qué remedio... pero cada vez más hay dos o tres cosas y entre ellas un accidente en las carreteras que te pueden matar, las demás cosas, son muy poquitas

GT N° 7 48 – 58 AÑOS

Esta visión (idealizada y compartida) modifica por completo las nociones tradicionales sobre la salud y el riesgo en salud. Como ya señalamos, en lugar de una distinción nítida y excluyente entre salud y enfermedad, el concepto que toma protagonismo es el de la calidad de vida en tanto verdadero control de la incertidumbre de riesgo. En la percepción femenina adulta, calidad de vida es un concepto que subsume a los de salud y enfermedad, y que los contiene. Ante todo, es la capacidad o incapacidad de la mujer para desarrollar todas sus potencialidades de forma heterónoma. El fantasma que se opone a la calidad de vida es el de la dependencia nacida de la incapacidad, o peor aún, de la pérdida de control sobre la propia autonomía que se convierte, en definitiva, en el horizonte de riesgo más temido, en algunos casos, más que la muerte misma.

Yo para mí, el riesgo sería que te quedés, vamos, quedarme incapacitada, de verdad que eso me da temor... pero creo que el único antídoto es pasarlo bien y tener, como decimos, una buena calidad de vida, si no... para que pasar por esta vida si no es para intentar no dejarte acogotar por los miedos y las frustraciones

Pero los miedos y las frustraciones no se pueden evitar, sobre todo porque quisieras ser más joven, más delgada, más viva, no sé

Pues ahora hay cosas para estar mejor que como estaban nuestras madres a nuestra edad y eso es porque la medicina, la ciencia y todo ha evolucionado que es una barbaridad

GT N° 5

A partir de estas modificaciones, se puede decir que ha cambiado profundamente la concepción del riesgo: si tradicionalmente el riesgo era lo que podía matarlas, actualmente lo “grave” es sobrevivir con mala calidad de vida – es decir, incapacitadas pero con conciencia de ellos y peor aún, la conciencia del tipo y grado de carga que representarían para sus vínculos. Desde este punto de vista, muchos malestares o sintomatologías relativizan, para ellas mismas, su gravedad, dado que la batalla contra el dolor ha sido claramente ganada y ninguna de ellas espera tener sufrimientos físicos, por lo tanto consideran que casi cualquier proceso que resulte desatendido por los profesionales de la salud es el que puede proyectarse como un riesgo, e incluso, puede llegar a degenerar en una situación incapacitante.

Claro, es que me encanta y yo sé que no puedo pasarme, a mí la comida me gusta pero además es que soy una ansiosa y un estrés total... de hecho viniendo para aquí, decidí cruzar para no pasar delante del Burguer King y al final pasé frente a una heladería y allí que me senté a por un helado de tres bolas... es que no sé contenerme aunque esté a dieta... pero qué pasa que de verdad lo que me da miedo es cuando el médico me dice que puedo tener una cosa grave por el colesterol, el sobre peso y tal... y yo sé que eso grave no es morirme es quedarme tonta en un sillón. Entonces claro, él me lo tiene que decir y eso hace que me cuide, pero tampoco puedo quitarme calidad de vida y no darme un gusto cada tanto cuando sé que la medicina crece todos los días en mejores productos, en descubrimientos, de la misma forma que descubrieron el colesterol, descubren como se cura, eso es enseguida... ya de hecho me están medicando por qué? Porque lo bueno es que con todos los aparatos y los análisis de ahora te descubren enseguida lo que tienes porque una tienen que equilibrar... eso lo tienes que hacer tu...

GT N° 5

Si tienes un buen médico, y te sabes bien cuidada esa es la mejor forma de salud que se puede tener porque la medicina con la forma bárbara en que ha crecido es que te sientes cada vez más confiada

Pero muchas veces no les hacemos ni caso, eso lo sé por mi misma

Pero porque al final sabes que te sacan las patatas cuando queman y que les tienen total confianza en la capacidad porque los médicos en España son una maravilla

Si vienen de Inglaterra y de todas partes a atenderse aquí

Lo importante es llegar a tiempo y que luego no te quedas así tonta en una silla, eso es lo que hay que evitar y eso lo haces con los controles periódicos

GT N° 7

De esta forma, lo que se da actualmente en la percepción y comprensión de estas mujeres adultas respecto de la sanidad – y el riesgo en salud - es una confianza grandísima, podríamos decir que casi excesiva, en su capacidad para enfrentarse exitosamente a la enfermedad y más aún a la muerte, pero a la vez

dicha confianza mina la idea de riesgo porque el mismo es parte de un discurso preventivo que el desarrollo técnico científico alcanzado por esas mismas ciencias de la salud, parece desmentirles en su profundidad de alcance. Dicho en otros términos, el concepto de riesgo es un a priori que les llega desde el conjunto del discurso sanitario: los profesionales, las campañas preventivas, la cultura media que existe sobre diferentes temas, etc. frente a los cuales se posicionan con un alto sentido de receptividad, de valoración y de aceptación, pero que moderan en su introspección porque sienten que de esta forma (moderando el temor al riesgo), apuestan por el otro valor de la actual cultura de la salud: la calidad de vida en tanto disfrute que se alcanza bordeando algunos excesos. En efecto, un espacio nunca nombrado ni esperado desde la lógica del discurso sanitario, actúa como borde del mismo. Es el que corresponde a los aspectos más hedonistas de la cultura actual que se centran en tres grandes paradigmas – nunca nombrados como tales pero constantemente aludidos – como son

- LA GULA (cuyo fantasma es el sobrepeso)
- LA PEREZA (cuyo fantasma es el sedentarismo)
- LA LUJURIA (el alcohol y el tabaco como fantasmas)

... si el último de ellos es menos expresivo de la cultura lujuriosa y más propio de la ansiedad actual, los dos primeros son parte de una suma de prototipos muy destacados de nuestra cultura que tienen en los segmentos ociosos a importantes representantes

Calidad de vida es lo que viven los que salen en las revistas del corazón

Pero esos no saben ni que hay crisis

Bueno pero a que es la calidad de vida que nos gustaría, de verdad, es esa... gente que tiene de todo que se las pasa de fiesta en fiesta, que terminan a las tantas y que no hacen nada, que como mucho tienen un entrenador personal y ya está... mira la Preysler, tu te crees que si tuviera que trabajar todos los días estaría así con la edad que tiene? Y eso que no es una mujer que se le vean excesos, pero los tiene porque sé de buena fuente que bebe y que ha tenido problemas con el marido por eso, y los hijos se drogan porque lo que sí tiene es pasta y eso te da muy buena calidad de vida porque puedes dedicarte al ocio y a cuidarte de ti y nada más y sin esfuerzo y eso es estupendo

GT N° 5

En este sentido, hay que señalar la PARADOJA RELACIONAL que atraviesa el vínculo con la salud, pero también con los profesionales, los mensajes sanitarios, etc.: se confía casi ciegamente en que todo lo que surge del desarrollo técnico científico aplicado a la terapéutica de las enfermedades será exitoso, pero justamente por ello, no se desarrolla una total subordinación a los discursos de la prevención ante el riesgo.

Hombre no vas a ir al médico para que te diga que fumes, te pongas nerviosa, no descanses...

Los médicos dicen lo que tienen que decir... eso por supuesto

Y en general, yo al menos le hago caso... pero no te diría que en un 1000 por 1000 porque si no, no vives, porque claro ellos tienen que decir lo que debes hacer, tú lo que quieres y entre uno y otro, haces lo que puedes.

Exacto, porque si no no es vida, eso es así... y la verdad es que con tanto que ha mejorado todo, yo creo que a veces, exageran

GT N° 7

Y una segunda dimensión intensifica esta paradoja fundante: cualquier estado patológico o malestar resulta abordable por la medicina siempre que se “coja a tiempo”. Así, el problema se desplaza hacia el acceso inmediato – lo más inmediato posible al tratamiento, en un doble sentido:

- En primer lugar, el temor a un diagnóstico. La función primordial que le asignan al médico de atención primaria en esta representación sobre la atención sanitaria es la de realizar a tiempo una correcta anticipación del diagnóstico, aún en el caso que el mismo llegue luego a través de los especialistas, pues casi la única posibilidad admitida por la que podrían llegar a la muerte una vez dentro del diagnóstico acertado y con el sistema de atención correspondiente, sería una “negligencia médica”².

² La representación ficcional de los médicos en series de televisión (junto con los policías, una de las más repetidas) nos dan claves sobre las imágenes sociales prevalentes de la medicina. En concreto, y en relación a esta idea, la actual serie norteamericana sobre médicos, *House*, marca una diferencia radical con anteriores realizaciones televisivas como *Urgencias*: el suspense de la trama se ha desplazado desde el tratamiento al diagnóstico. Gregory House es un doctor especializado en

- De igual modo, lo que se vuelve problemático en esta aproximación son las condiciones de acceso administrativo al sistema sanitario y no tanto el tratamiento como tal. Son, en este sentido, las listas de espera, (o el fantasma de deterioro o deficiación del sistema sanitario público) las que impediría el acceso a tiempo a los tratamientos o terapéuticos que correspondan, u otros obstáculos de tipo distributivo o económico pero en ningún caso, el riesgo ante la enfermedad en sí y menos aún en lo discursivo, el temor a la muerte y mucho más lejos aún, el sentimiento de irresponsabilidad ante la falta de atención y prevención ante posibles riesgos.

Lo verdaderamente malo, que para mi es lo peor de la sanidad en Madrid es que tienes listas de espera porque a mi hermana que tenía diagnosticado un cáncer de ovario, le dieron fecha para operarse, casi tres meses después y claro, fue mi cuñado y montó un pollo porque cómo puede ser...

Es verdad eso es lo que realmente representa un problema y un problema grave porque los médicos son muy buenos. Aquí en España mejor que en mi país desde luego, entonces te confías pero si no puedes tener una operación o un tratamiento, aunque te digan con verdad lo que tienes... qué haces, te quieres morir

GT N° 7 55 – 65 AÑOS

A mi lo que me da miedo no es tomarme una copa de más o fumarme unos cigarrillos cuando estoy mirando una película echada en mi sillón. A mi lo que me da miedo es que se carguen el sistema público y que no puedas hacerte las pruebas que tengas que hacerte, llegado el caso

la elaboración de diagnósticos difíciles. La trama habitual de un capítulo de esta serie consiste en la recepción en el hospital de un caso gravísimo e “inexplicable” y en las diferentes pruebas que el doctor House y su equipo realizan en busca del diagnóstico. La amenaza de muerte para el paciente consiste en que no se dé con un diagnóstico correcto, pues en cuanto House da con él, el paciente está salvado. El tratamiento queda incluso fuera de representación, y la escena en la que se confirma el diagnóstico se ve sucedida directamente por otra escena en la que se observa al paciente totalmente recuperado. En uno de los capítulos en los que más claramente se muestra esta lógica operativa, House logra, tras muchas dificultades, dar con un diagnóstico totalmente inesperado: su paciente tiene la peste. La mujer afectada le oye emitir ese diagnóstico y se asusta: “¿La peste, doctor?” “No se preocupe”, dice House, “es tratable”.

Yo estoy de acuerdo con ella, eso es lo peor... a mi lo que me pone nerviosa es pensar eso porque de verdad es que en los médicos confías

Y en la calidad de la sanidad en España que es de primera... pero si te ponen en listas de espera de seis meses para atenderte un cáncer entonces, claro que te pones nerviosa... luego que no te vengan con que no debías haber fumado o algo así

GT N° 3 55 – 65 años

Considerado el riesgo en éstos términos tan paradójicos, la idea acerca de qué aspectos de la vida cotidiana son realmente riesgosos para las mujeres de estas edades, ellas mismas van a coincidir en señalar que TODO LO QUE SEA UN EXCESO resulta peligroso, entendiendo por “todo” lo que ha de relacionarse con alimentación desequilibrada, con alcohol, con tabaco, ... con ausencia de una vida que busque, o mejor aún, que persiga formas de equilibrio entre posibles excesos y formas de templanza de dichos excesos. La actividad física se valora como una de las armas más importantes de prevención activa. Todas lo saben y casi todas lo señalan como “el gran antídoto” de todos los males”. Pero resulta muy expresiva la sospecha analítica acerca de la distancia entre los discursos que esgrimen y los hábitos que ejecutan. Las citas siguientes resultan muy ilustrativas del vínculo entre el discurso sanitario, de médicos, de enfermeras... y los temores ante potenciales formas de riesgo:

No puede ser que nunca te tomes una copa, lo que no puedes es tomar todos los días tres whiskys, ni comerte un kilo de pasteles

Yo me los comería

Yo no, pero sabes que no puedes comértelos.

Sí lo sé y sé que eso es lo que debe decirme mi médico lo que pasa es que creo que ibas por allí... si alguna vez te lo comes, no pasa nada

Como no pasa nada si te pasas con la bebida un día de boda o así... eso es bueno, incluso, lo que pasa es que un médico no te lo dice

Como te lo va a decir...

Lo que pasa es que cuando te haces mayor ya sabes que si te pasas un día, al siguiente has de cuidarte más, eso es así y buscas un cierto equilibrio porque si no te metes

en un convento a tomar calditos de borrajas y seguro que no te enfermas

No creo yo, esas también se enferman porque son unas desgraciadas

No sabes

Pero en cualquier caso, estoy contigo, si un día te pasas, otro día te controlas y eso es de verdad muy saludable y eso los médicos no te van a decir que es así, desde luego

GT N° 5

Yo estoy segura que esas mujeres que tienen entrenadores personales y masajistas y que no tienen nada que hacer ni de la casa ni de nada

Normalmente tienen que salir a compararse cosas para ellas...

Pues esas mujeres no tienen problema con nada de lo que se pasan de la raya, pero por qué es eso? Porque luego hacen actividad física

Pero eso no lo puede hacer la mayoría de las mujeres

Un entrenador qué?

Claro porque si te emborrachas una vez, o te quedas viendo la televisión dos días seguidos, y después de llevan a correr pero con controles y todo y alguien te prepara unos zumos de frutas para cuando regresas y la vida es así de ociosa....

A tu servicio, vamos, entonces, claro así es fácil pasarse y después volver a hacer un poco de buena letra, pero si tienes que levantarte para trabajar

O peor aún para atender a enfermos y a viejos... no veo yo...

GT N° 4 60 – 70 años

2.2. Actitudes y comportamientos ante el concepto prevención

Consultadas acerca de si consideran que llevan una vida saludable, con capacidad para prevenir potenciales riesgos... en ningún caso surgen temores o dudas ante productos de incierta salubridad y que resultan muy cotidianos como la sal o las grasas, los excesos de carbohidratos o los dulces, o los conservantes o las horas frente a la televisión... en tanto potenciales desestabilizadores de una vida saludable. Sí, en cambio, el tabaco o el alcohol siempre que se trate de altas dosis y sin ninguna forma de “equilibrio sobre las ingestas”. De esta forma, la ausencia de una “medida” de control sobre lo que se bebe, se come, o se fuma... (algo así como si los males entraran por la boca en cualquiera de las tres malformaciones potenciales, es decir, obesidad, alcoholismo o tabaquismo) son circunstancias extremas de falta de salud que las mujeres no contemplan, salvo peculiaridades de circunstancias en las que se ha declarado una enfermedad, pero no como un problema de salud en general, ni resultado, tampoco, de una ausencia de prevención de la cultura sanitaria en la que viven, ni una falta de responsabilidad por parte de ellas. Por el contrario, la aparición de algunas de estas patologías será valorada como un problema de salud particular o individual de aquella que esté afectada y que lo estará por propensión inespecífica de su organismo, o por excesos o descontroles totales en los estilos de vida

Claro que hay gente, mujeres gordas, claro... y alcohólicas y la verdad que siguen teniendo una presión social muy alta cuando se da porque sigue mal visto una mujer borracha... y ahora hay mujeres que fuman

Algunas más que los hombres incluso,

Pero no es una epidemia, una cosa que ataca a miles o millones de mujeres no es algo que es un mal de todas

Que va, si me parece peor toda la presión que te meten para estar delgada, eso sí que es una enfermedad

GT N° 5

Para mi esas no son enfermedades de las mujeres, es verdad que queremos estar delgadas, todas, unas y todas, pero no diría yo que es una enfermedad, para nada de las mujeres como por ejemplo el cáncer de mama que sí es de las mujeres

GT N° 6

En general yo creo y no hablo solamente por mí, que las mujeres en España sabemos cuidarnos, que algún kilo de más a estas edades nuestras pues sí, no te digo que no

Pero no somos mujeres ni enfermas, ni propensas, en general no... no es como las nórdicas que beben hasta no ver

O las americanas que se inflan de hamburguesas

La mujeres española mayor, o de nuestras edades, es muy equilibrada y te digo más, si alguna se enferma es porque ya viene con debilidad en los genes, eso no puedes evitarlo porque eso no depende de ti

O alguna que se pasa, que siempre hay que como demasiado, que fuma como un carretero, sí que hay... o que bebe... pero esas ya son malas vidas

GT N° 7

Es más, la idea del autocuidado tanto en su dimensión estética como sanitaria de quien padece tabaquismo, obesidad, o estrés tiende a vincularse muy frecuentemente con la idea de sujeto condicionado por factores familiares, siempre superpuestos a la idea vaga pero reiterada de la herencia genética y que actúa como una suerte de autoequilibrador entre los posibles excesos que reconocen en la cultura actual y los saberes y racionalidades de la conciencia de la salud que tienen sobre ellas mismas, producto del discurso sanitario que les resulta permisivo en su propia voluntad de ser cercano, practicable y afecto al disfrute.

Es el caso de la Pantoja, o de Susana Campos... que han hecho, han tenido que ir a la cirugía porque te das cuenta que tienen problemas de herencia familiar, que es una genética que te va mal y que no puedes hacer nada...

Pasa mucho con el colesterol que puedes comer espinacas y acelgas y poco más y hay gente que le sube el colesterol

Porque no tiene que ver con lo que comas solamente sino como es tu organismo y si tu organismo viene cascado pues tendrás que hacer tratamiento

Es que no hay más

GT N° 7

Por su parte las mujeres que – por lógica del diseño de la investigación - sí padecen algunas de estas patologías, lo reconocen e identifican como un conflicto particular – también ellas – que nada tiene que ver con lo que califican de corrección y proliferación del discurso médico, de la misma forma en que lo es también el de todos los centros informativos en temas de salud, tanto los específicos como los inespecíficos. Pero reconocen de manera muy susceptible, que su visión no se parece, -ni tiene que parecerse - con la que manifiestan el resto de las mujeres, ni es tampoco resultado de otros discursos preventivos. En efecto, para quien sufre tabaquismo, obesidad, estrés crónico, etc. la existencia de la enfermedad, va más allá de lo puramente controlable por el discurso y el hacer médico, y va más allá de la especificidad biológica para insertarse en lo total de la vida, para presentarse, ante todo, como una experiencia que atraviesa su identidad, como una contingencia que resulta imposible de controlar, fatalmente consubstancial con ellas mismas. Así, todas las mujeres con algún tipo de padecimientos sitúan los episodios relacionados con su enfermedad en un lugar clave de su biografía y manifiestan cómo, a raíz de dicha manifestación, se ha producido en ellas un profundo cambio actitudinal y de “visión de la vida” que no se parece al que tienen el resto de las mujeres ni debe parecerse. Es la inevitable consideración de la posibilidad de morir (dimensión que no está presente en las demás) la que en primer lugar modifica su mirada

Lo que dice la gente que ha tenido una enfermedad o un accidente de tráfico y tal, o sea verte en un momento dado que te puedes morir es algo que te hace ver la vida de otra manera

Pero no esperas que os demás, que todos los demás piensen como tu, porque la mayoría de la gente no pasa por esas experiencias y entonces, hay que dejar que vivir con la mayor tranquilidad porque mi médico dice que vivir obsesionado es lo peor que hay y que esa misma obsesión es causa de enfermedades

Eso por supuesto

GT N° 7 Mujeres inmigrantes

Son muy distintas, perdona... dos mujeres que una haya pasado por una enfermedad grave y la otra no... tienen que tener formas de ser diferentes, lo veo por mi hermana que ha tenido un cáncer y que gracias a Dios ha salido adelante y que ahora vive en un sin vivir porque es todo temor, no comas esto, no hagas esto otro, no respire, no te contagies... y eso no puede ser... en un

momento nos volvía locos a todos, claro, una la entiende, pero no puedes estar así, eso no es vivir...

GT Nª 6

El principal cambio, como dicen nuestras interlocutoras, es de *visión*: se ve diferente la vida, hay otro color, otra forma de mirar. Tras las vivencias relacionadas con la enfermedad por las que han pasado, o pasan, tras la cercanía del temor a la muerte, la vida cotidiana se tiñe de otros colores. Es el carácter lo que cambia, y por ello las cosas se ven distintas. Esta nueva forma de ver necesita de un período de adaptación (*“hasta que vuelves a la normalidad pasa un tiempo, pero nunca es lo mismo”*)

- Te cambia el carácter, te cambia el modo casi de pensar... Te cambia..., yo qué sé, hasta que vuelves otra vez a la normalidad pasa un tiempo.

- Sí, pasa un tiempo GT 6

... porque el primer cambio es el que se produce tras vivir una experiencia puntual de enfermedad, o ser diagnosticadas de alguna dolencia importante que no parece ser lo que en términos generales se entiende por obesidad, por tabaquismo, etc. (manera genérica de llamar a quienes fuman, o tienen sobrepeso...) sino, en aquellos casos que se tratan de patologías por fuertes descontrol de esos mismos hábitos, pero que entonces llegan a alcanzar otros nombres de enfermedades específicas: enfisema pulmonar, cáncer, obesidad mórbida... El segundo cambio es el que viven al asumir la necesidad de realizar, de forma disciplinada, verdaderas prácticas de cuidado de la vida que poco tienen que ver con lo placentero del vivir, y menos aún con la prevención ante un riesgo, sino con el disciplinamiento de la vitalidad que “aún” queda:

No, perdona, una cosa es cuidarte en general, estar delgada y esas cosas, y otra muy diferente cuando tu médico te dice que tienes serios problemas de salud, y va en serio... es otra cosa diferente. Allí te das cuenta que ya hay un diagnóstico que no tiene que ver con la guapura y que tendrás que ser disciplinada no para estar mejor contigo y esas tonterías que dicen las revistas, sino para no morir, que es otra cosa

Claro, eso no se parece en nada a lo que le pasa a la gente que quiere adelgazar, sean mujeres u hombres, a mi me pasa con el tabaco lo mismo, yo tengo un enfisema y el neumólogo me lo dijo muy claro... no se fíe de que el

resto de la gente pasa de no fumar... si Ud. fuma se muere y eso te hace mirar todo de otra forma, porque tienes, como dices tu un diagnostico que ya es otra cosa, no es igual tenerlo o no tenerlo y después cuando como yo, pasas una operación, lo ves todo de otra forma, igual que Ud.

GT N° 6

Los cambios que implican un mayor disciplinamiento y cuidado, se viven como una pérdida de la calidad de vida, del libre albedrío, de la pertenencia al común sentido de calidad que tienen y que exhiben los demás. Reconocen y así nombran, una evolución en las actitudes que hace que, poco a poco, se tienda hacia una nueva forma de ver la vida, en la que ya no se trata de miedo o de depresión, sino de una aceptación de la caducidad de la existencia y del interés por intentar que ésta sea larga, aunque haya de mediar la disciplina en las costumbres. La cercanía de la muerte de quien ha pasado por una experiencia de enfermedad, valora la vida de otra forma y aprecia más lo que tiene: se trata de una especie de medida en el sencillo experimentar del vivir cotidiano y que se sabe no común con las demás formas de vivir, lo que implica aceptarlo y experimentarlo como una anomalía

Y de alguna manera aunque yo no esté todo el día dándole vueltas al hecho de que he tenido un cuadro pre diabético yo creo que sin querer miras las cosas de forma distinta. Para lo bueno y para lo malo. O sea tú sabes que te puedes morir mañana y de hecho y bueno, lo que te voy a decir es lo que dice todo el mundo, o sea que valoras las cosas que tienes, tanto lo bueno como lo malo. Lo malo lo quitas hierro cuando ... o sea procuras no preocuparte más de lo que se debe y a lo bueno lo valoras mucho más. Y valoras más las cosas cotidianas, las cosas ...

(ENT Mujer 60 años)

Resulta muy interesante, analizar cómo el discurso de las mujeres que tienen alguna enfermedad o malestar, pone en evidencia la existencia de una suerte de solipsismo y de fatalidad sobre dichos padecimientos. Solipsismo y fatalidad que en ningún caso parece corresponder con una buena gestión de la información que les llega tanto del discurso profesional (médico, enfermeras, medios de comunicación, mercado de la salud, etc.) que sí reconocen en su existencia, en

su valía y aún más en su “lógica argumental”, pero cuya fecundidad no se ha producido, aún cuando no saben explicar por qué.

Si me dicen que hay alguien que no me avisó a tiempo, la verdad es que no podría decir eso... yo sé, quien no sabe que fumar no es bueno para la salud

Hasta los que te venden te dicen que te mata

Es verdad, pero como sabes que alguna vez te morirás, mira, no me justifico, yo fumo porque me gusta.... Es verdad que ahora fumo mucho menos, casi nada, pero me cuesta porque me gusta porque tengo el vicio, por lo que sea, pero me encanta y no creo que lo haga porque no me han explicado a tiempo que no era bueno

GT N° 6

Pero también es verdad, que más allá de la corrección de los discursos sanitarios, parecen existir algunos déficits comprensivos en relación con algunas patologías frecuentes entre las mujeres como es la tendencia a la obesidad. Sin ninguna duda, la obesidad es percibida por estas mujeres como el resultado de excesos alimenticios, pero no, de falta de actividad física, o el exceso en la práctica perezosa del sedentarismo. Menos aún han reflexionado o tienen incorporado que el sedentarismo es un germen de enfermedad en sí mismo, o más aún, un potencial antecedente de enfermedades cardiovasculares y menos aún, de accidentes cardiovasculares.

Yo tengo claro que si alguien tienen peso de más es porque come mucho, sobre todo si te inflas a pasteles o grasas, eso los médicos se cansan de recordártelo y claro, ya sabes que no tiene que ser así que es mucho mejor comer verduras y carne a la plancha, pero al final, no lo haces

Es verdad lo que dice ella, y yo de verdad, que no me quejo porque no estoy mal, pero podría estar mejor... muchas veces cuando llego a casa después de trabajar digo, tendría que irme a andar un rato que sé que es bueno, pero chica, llego cansada, sin ganas de nada y la verdad, entre Amar en tiempos revueltos y cualquier tontería que te buscas, lo cierto es que me quedo en el sofá que me parece una delicia y si tengo un cigarrito a mano mejor

No ves, lo que yo te diga

GT N° 7

Por el contrario, sí existe un cierto temor al colesterol que se ha convertido en uno de los temores de la época, pero no sólo en relación a su salud personal en tanto riesgo sobre sí mismas, sino también a los del resto de su familia. El colesterol, es uno de los aspectos que están más presentes en sus temores y su grado de identificación y diferencia entre colesterol bueno y malo da cuenta de la importancia del discurso médico sobre el mismo que hasta hace pocos años, resultaba ajeno al conocimiento trivial de la sociedad española y del que hoy existe un alto grado de sensibilización comprensivo, aunque no, necesariamente, opera con la misma contundencia con la que se lo comprende.

El colesterol creo que es de las cosas que más hemos aprendido a controlarnos, todo el mundo te habla de eso

Bueno todo el mundo le teme, pero en edades de menopausia, parece que hay que temerlo todavía más porque puede ser una cosa que se incrementa si no lo controlas

GT N° 6

Sin embargo no sucede igual con lo que llaman el sistema nervioso que, al reconocerlo como un sistema circulante por todo el organismo, no parece tener centralidad en el cerebro, y éste a su vez, tampoco parece tener vinculación alguna con posibles derivas negativas relacionadas con la alimentación, el sedentarismo, el estrés, o el agotamiento emocional. En el capítulo siguiente dedicado al cuerpo y sus fracciones nos detenemos en dicha dimensión: el cuerpo fraccionado que, si bien se identifica como recorrido en su totalidad por el sistema sanguíneo, y por tanto, por la importancia crucial de la presencia o no del colesterol, no se vincula en sí mismo con lo cerebrovascular, ya que es un término que resulta ajeno e invisible a las comprensiones de la salud en el discurso de las interlocutoras.

Si comes mucho y no te mueves se te forma grasa por todo el cuerpo, eso lo sé yo por experiencia... y además porque estar en movimiento masajeas la sangre y eso es bueno para todo, pero sobre todo combates el colesterol, el malo y eso es importante para la salud

Y ALGUN BENEFICIO MAS

Beneficios todos, pero es evidente que si en estas edades, bueno, la mía que tengo sesenta y cuatro, por lo menos, si en estas edades te dejas de mover, se te estropea el

cuerpo y eso después te puede traer problemas de tensión, de frío porque no mueves la sangre, si eso te parece poco...

GT N° 6

Por lo que será necesario comprender que en la perspectiva de la prevención en temas de salud, hay convergencias entre diferentes colectivos de mujeres, las más jóvenes, frente a las más mayores, de la misma forma que entre las que no padecen ninguna enfermedad como aquellas que sí la padecen y que implica, para unas y otras, no tener desarrollada una cultura con conciencia de lo estratégico de las actitudes y hábitos preventivos en cuanto a la noción de riesgo en la salud. Por el contrario, la idea que parece subyacer es que el riesgo es parte de la vida misma y que se vive combinando la conciencia acerca de la necesidad de ajustes en las prácticas cotidianas que se enriquecen con las políticas de información preventiva, pero cuyo ejercicio real, resulta mucho más dilatado y poco asumido...

Lo que pasa es que si te dejas un día atraer por un buen vino, o por unos churros, o por lo que sea, me da igual un cocido llegado el caso, quien te quita lo bailado y la vida también es eso, porque igual que no bebes, sabes que el alcohol no es bueno, pero si estás con un grupo de amigos y lo estáis pasando bien, te dejas llevar y eso al cuerpo no sé, pero al ánimo le va muy bien por lo que no puedes estar todo el tiempo con las precauciones que te dicen que tengas... algún riesgo siempre hay

El exceso de precaución les lleva a la evidencia sobre que el mismo nunca será tan completo como para controlarlo todo...

Era una mujer que nada, nada de nada, jamás bebió, jamás nada, vamos, era la fuerza voluntad convencida, sin esfuerzo... y mira por donde un accidente, una explosión de estas sin más, una terraza que se cae y ella que pasa ... es que no puedes controlarlo, aunque quieras, no puedes controlar todo, al fin, algo te pasa

O más aún, el celo en el desempeño de los roles, emerge como deriva también presente en estas mujeres que entienden que ciertos riesgos están vinculados no tanto a falta de voluntad o a los excesos hedonistas sino al ejercicio de sus mismas responsabilidades asumidas desde el rol de mujeres por ser hijas,

madres, nueras, abuelas...., pero cuyo control queda fuera de sus facultades, son imperativos de la vida y sus circunstancias

... a mi suegro que vive cerca de casa, pero termino con él por la mañana y ya tengo al nieto esperando porque mi hijo y mi nuera trabajan y no pueden pagar una privada, una guardería... y después mi madre, y la casa, y mi marido, y los otros dos hijos... y estoy ayudando a una casa en la que dan un poco de trabajo de costura, bueno que no paro, que no sé lo que es un fin de semana desde hace mucho, y qué me va a decir el médico, me dice lo que yo ya sé: que tengo que descansar, que estoy estresada, que no me haga problema, claro, él me dice lo que tiene que decirme, pero yo tengo que hacer lo que tengo que hacer

Por lo que en definitiva, no parece proyectarse el concepto riesgo – en las pocas veces en que lo utilizan – como un concepto que tenga que ver con su propio dominio y control sobre la realidad que viven, sino más bien como algo intrínseco a la condición misma de la vida que se vuelve un imponderable con el que hay que contar. No parecen concebir circunstancia vital sin que medie alguna dimensión de riesgo, lo que no quita la posibilidad de considerar la prevención como una de las conquistas en las culturas modernas de salud, propio de la vanguardia a la que se ha llegado en el desarrollo científico - técnico y por tanto esperada y demandada al conjunto de las instituciones sanitarias, pero cuyo acatamiento es parcial, arbitrario, y en ningún caso gobierna de manera hegemónica el sentido central de sus formas de autocuidado.

2.3. La percepción de los discursos preventivos que les llegan desde los profesionales de la sanidad

Este panorama de comprensión de la salud y del riesgo, conduce a un cambio importante en el rol del médico y en las funciones que se le atribuyen o que se espera que cumplan los profesionales de la atención primaria. Lo mismo sucede con las/os profesionales de la enfermería, que – a diferencia de los anteriores – no parecen llegar a todas las mujeres en su capacidad de prescribir sobre formas de comportamiento en el cuidado y prevención de la salud. Las funciones “clásicas” de los profesionales de la medicina como son el diagnóstico y las terapéuticas o tratamientos no solo se dan por hecho y se han relegitimado en estos últimos años, sino que existe un amplio panorama de fianza puesto en el conjunto de los profesionales de la salud de Madrid y en general de España acerca de la valía y capacidad para cumplir dichas funciones, que son, sin ninguna duda, las que se demandan de manera específica y explícita a dichos cuerpos profesionales. Todas las interlocutoras parten de la seguridad sobre que los profesionales están capacitados en alto grado y en tanto gremio y gozan de muy alta estima, sobre todo, en el ámbito de la sanidad pública.

Haber... una cosa es que critiquemos, o que cada una haya tenido una mala experiencia, que no creo que cada una pueda tenerla,

No, eso no....

Pero lo que sí es cierto que lo que tengo yo es un gran aprecio por la calidad de los médicos que he conocido que me fío totalmente de ellos, no tengo dudas cuando voy al médico sé que me va a diagnosticar con seriedad y con capacidad, aunque no le haya caso al 100 % de lo que dice cuando me da un diagnóstico, eso desde luego

Pero claro es que lo mismo pasa cuando te da un remedio que te lo tomas porque sabes que es PARA curarte algo, es verdad, aunque sea un resfriado y es cuando te dicen que no te enfríes que evites corrientes que vale, que lo sabemos pero lo más seguro es que alguna vez te pillaré otra y te volverá a dar un remedio

Es la vida, es así, eso no se puede evitar, te pasa a ti con los hijos que les dices sé de una forma y haz tal cosa, pero no te hacen caso, pero sabes que te tienen cariño y que haría lo que fuera por una, con mi médico es igual me dice Ay Carmen te dijo que no comieras dulces, que

no tomes sal que tienes el azúcar por.... Pero lo que sabes que te va a dar es bueno y a eso vas, claro

GT N° 5

Todo lo cual parece redundar en que se ratifica la imagen acerca de un sistema sanitario caracterizado por la existencia de profesionales que gozan de gran estima, pero cuyas actuales funciones parecen detenidas, legitimadas y limitadas a la capacidad de diagnosticar, dentro de cuya tarea las pruebas han pasado a tener una especial consideración por parte de estas mismas mujeres y a promover las terapéuticas correspondientes, después de cada diagnóstico.

A qué vamos al médico? Pues a lo de siempre a que te haga una definición de qué tienes, a que te encuentren algo porque vas si te sientes mal, si no, no vas, claro y si te sientes mal es porque algo tienes y algo quieres que te encuentren y que te digan como curarlo, a eso

Yo estoy con ella, vamos que no entiendo la pregunta porque a qué va a ir cualquier persona al médico si no es porque le duele o siente algo y después para que se lo remedien?

GT N° 7

Lo que yo espero de mi médico es lo que hace ella, es una médica... y lo que espero es que acierte con lo que me pasa cuando me pasa algo y que me la medicación o el tratamiento que corresponda... no veo otra cosa más importante

Lo que pasa es que los médicos en España y eso no es mi experiencia pero hemos visto muchas veces que se equivocan y eso tampoco puede ser

Alguna vez se equivocan como todo hijo de vecino, aunque claro que uno no espera eso, pero infalibles....

Lo que pasa es que los errores en la medicina son muy graves por eso salen en la tele y todo

En España directo a veces hay cosas que te ponen los pelos de punta

Pero por qué? Porque uno lo que quiere es que te acierten lo que tienes y además que te lo resuelvan, claro que no siempre lo pueden resolver pero sí esperas que no fallen

GT N° 6

Sin embargo, y a pesar de la baja presencia de la impronta preventiva en la percepción y comprensión de la actividad médica de la CM, y en general del sistema sanitario en España, a los profesionales de la salud se le piden nuevas funciones que, de acuerdo al discurso de nuestras interlocutoras, - y a pesar de la buena valoración hacia los facultativos que les atienden, salvo alguna excepción – es evidente que esas funciones no están resueltas, ni se desarrollan de forma siempre satisfactoria y que las mismas, parecen corresponder a una más específica y dirigida tarea de prevención.

A continuación exponemos los cuatro principales conjuntos de demandas que se realizan a los profesionales de la salud, especialmente a los profesionales de la atención primaria (médicos y enfermeras) por parte de las interlocutoras. Demandas que corresponden a una nueva estrategia de prevención y que tienen un denominador común: la relación directa, personal, el vínculo en el encuentro cuerpo a cuerpo con los que consideran “sus” médicos, “sus profesionales”. Demandas relacionadas con

- LA PREVENCIÓN ESPECÍFICA A SUS REALIDADES;
- LA ATENCIÓN PERSONALIZADA;
- LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA ANTE SUS CONFLICTOS REALES;
- LA INFORMACIÓN PARTICULARIZADA

En realidad, los cuatro términos, o perspectivas señaladas, apuntan a un mismo tipo de demanda, la idea de que ante el discurso generalista de las formas de prevención – cuya existencia ninguna de ellas cuestiona y que consideran de gran importancia por parte de las instancias institucionales – un verdadero estilo de prevención ha de producirse en el encuentro “cuerpo a cuerpo” con los profesionales del ámbito sanitario.

Está muy bien porque es parte de lo que hacen y una se lo agradece que te digan mira que es bueno correr, es mejor comer verduras y frutas antes que cerdo, es mejor que ver la televisión que te pongas a correr por el salón, de verdad, yo espero que digan eso... es lo que tienen que hacer, pero si después vas al médico y no te dice nada y te da algún analgésico porque se cree que lo que quieres es que te medique y mientras está contigo se la pasa mirando la pantalla del ordenador, pues entonces, no... eso no es atención ni prevención, ni nada...

Yo creo que, y quiero que se me entienda, yo soy totalmente favorable a la sanidad pública aunque tengo

una privada también, peor lo que yo veo cuando voy al centro de salud es que te resuelven lo de los medicamentos, lo de las cosas que tienes que hacer, pero nadie tiene tiempo de estar un rato contigo de preguntarte como vas... a lo mejor esto es imposible, pero para mi una forma de tratamiento para atajar posibles cosas que haga mal, o para no sé intentar saber que pasa con mi alma, yo digo alma porque soy creyente, eso no lo hacen ni los médicos, ni médicas, ni médicos, ni las enfermeras, por supuesto aunque son muy amables todos y no hay quejas por ese lado, pero es importante que sepan que cada una queremos que nos traten como si fuéramos cada una

Las citas anteriores son muy precisas en sus manifestaciones acerca de la importancia que le conceden a lo que podría caracterizarse como una POLÍTICA DE PREVENCIÓN PERSONALIZADA, cuyos efectos, con alto grado de probabilidad, serían muy eficaces, o en cualquier caso, mucho más eficaces que las políticas generalistas de prevención inespecíficas hacia el conjunto de la población o hacia ciertos colectivos específicos como pueden ser las mujeres, o en este caso, las mujeres adultas de la CM. Porque lo que subyace en los discursos de estas mujeres es que ante la relación con sus médicos prevalece la información formateada en sus pantallas de ordenadores, cuya importancia – no desconocida por ellas – es un reemplazo de sus propias presencias. Es más, consideran que se podrían resolver muchas visitas por la vía telefónica, toda vez que estar ante la mesa en la que domina una pantalla de ordenador dentro de la cual se encuentra toda la información médica sobre ellas mismas, resulta irrelevante. La ausencia de una mirada de los profesionales de atención primaria dirigida a su propia mirada es destacada en varias oportunidades por las interlocutoras, lo que les lleva a contemporizar esta crítica con la certeza sobre que lo que miran en la pantalla es su propia persona traspasada a términos de historial médico

No te miran...

No porque tienen que estar cargando los datos de lo que va siendo la visita, la consulta, si te medican... todo eso lo ponen porque no es una cosa para ellos es para el historial

Si yo lo entiendo pero no deja de ser una cosa un poquito inquietante

De todas formas si les pudieras llamar y decirles, mire en lugar de ir se lo cuento y que lo vaya escribiendo, pues

no ahorraríamos la espera, claro que habría que esperar al teléfono

Comprensión generalizada acerca de que esta es la manera de funcionamiento del SISTEMA SANITARIO, sistema del que ninguno de los profesionales en lo particular es responsable o actúa por capricho, pero que desde la perspectiva de las mujeres pacientes y de cara a considerar una lógica más certera de la prevención, resulta deficitaria. Dicho en otros términos, la capacidad del sistema en tanto “gran hermano” capaz de contener toda la información procesal de cada uno de los elementos que le dan sentido (los/as pacientes) va en detrimento de la calidad de la comunicación más personalizada, más abierto a lo particular frente a lo estandarizado, más mediadora entre el saber médico, y el saber de la enfermería y ellas en tanto peculiaridad irreplicable que busca la personalización en el vínculo, a fin de saberse protegidas por una prevención relativa a su especificidad:

Te tienen que tener fichada y ahora es así de esta forma, pero lo que pasa que creo que es lo que decía esta señora es que te dejan de ver a ti porque tienen que estar metiendo información...

Pero es muy difícil hablar para responder a las preguntas que te hacen que son para el historial si yo lo sé, pero no te devuelven nada y eso muchas veces es muy no sé... al final vas a que te renueven las recetas y ya....

Algo similar sucede con el cuerpo de enfermería que cuando se identifica su existencia protagónica, cuando se reconoce la existencia de un vínculo con las/os mismos, ésta es muy bien valorada, aunque a dichos profesionales se les considera como agentes de un sistema de gestión de la sanidad que poco o nada tienen que ver con la expectativa implícita de una prevención específica que tenga a cada una de ellas como microprotagonista de una realidad más amplia e inespecífica. La cita siguiente es una buena reflexión acerca de la paradoja en la que se saben incluidas....

Cuando tienes algún temor de algo que le ha pasado a alguien de la familia, o a una vecina, da igual.... Te sacan el sonsonete de siempre... no te preocupes porque no hay enfermedades, lo que hay es gente que enferma y cada uno es cada uno y todo eso, que vale, que ya lo sabes y sabes que es así... pero resulta que después uno por la pantallita y la otra por el programa te terminan tratando como si fueras la posibilidad de una

enfermedad y no una persona concreta, no sé si me entiendes?

GT N° 5

... paradoja que el propio sistema ha desarrollado al generar el discurso acerca de la necesaria consideración sobre la personalización de las realidades que enferman (hay enfermos y no enfermedades), pero al mismo tiempo, tratar a cada cual en el encuentro personal, como parte de un sistema (el sistema sanitario de salud) que hay que alimentar y cuya cumplimentación les parece a las interlocutoras, tanto o más importante que el mismo sujeto que está frente a los profesionales de la atención. En el ámbito preventivo, la imagen de que la misma corresponde a campañas de las instituciones (de las que médicos y enfermeras/os son parte) cuyo sentido primordial junto con la cruzada de la salud es evitar que el sistema gaste dineros por irresponsabilidad de los ciudadanos, es una dimensión presente en las percepciones de las interlocutoras:

A ver, lo del tabaco es claro y es una amenaza que yo he oído no de los médicos, sino de una cuñada y es que mira, yo que tu dejaría de fumar porque el sistema sanitario no va a atender a nadie que tenga un cancer si ha fumado porque sabes que eso es tu responsabilidad, venga ya.... Resulta que ahora tengo que cuidarme para no costarle dinero a la sanidad de Esperancita Aguirre? Vamos, por favor, tu crees que son maneras?

Como lo es también, la conciencia generalizada de estas mujeres acerca de lo que podríamos caracterizar como falta de autoridad moral del colectivo de médicos, cuyos excesos y falta de autocuidados (tabaquismo, alcoholismo, etc. ...) surgen como justificaciones ante la baja implicación que cada una de ellas parece tener con las políticas preventivas, o los consejos generalizados en salud:

Lo sé porque tengo familia que son de la sanidad, una hermana enfermera y tengo dos primos médicos y yo puedo asegurar que a la hora de beber y de fumar y demás cosas que no digo porque se está grabando y no.... Pues son los primeros y de que manera

Bueno pero eso no quita que nosotras que ya tenemos una edad y que sabemos que hay que cuidarnos porque si no lo hacemos ahora ya me dirás

Si no digo que no haya que cuidarse, yo me cuido y a Dios Gracias estoy muy bien, pero a lo que voy es que a los médicos hay que hacerles caso porque para eso han estudiado y saben y yo me creo cuando me dice tienen tal y tómese esto y venga el mes que viene, vale? Pero las campañas de prevención que las tienen que hacer, desde luego, pero muchas de ellas, los primeros que pasan son los mismos médicos

En eso lleva razón...

GT N° 6

De esta forma, parece ratificarse lo que venimos señalando desde las primeras páginas de este capítulo: las mujeres adultas que tienen una muy buena imagen de los profesionales de la salud, tienen ante el discurso de la prevención general una imagen de campaña inespecífica que tiende a promover buenos hábitos en la sociedad y están totalmente de acuerdo con la necesidad e importancia de las mismas, a pesar de que no parece hacer mella, de forma intensiva, en sus propias realidades vitales cotidianas. El reclamo (más que la demanda) de fondo de estas interlocutoras avanza en la línea de una política de prevención específica desarrollada por los mismos profesionales que les atienden, sostenida a través de una asesoría y contención personalizadas que actualmente resulta muy débil, o en su defecto, no perciben que exista. O más exactamente no perciben como parte de la oferta de atención sanitaria por parte de los profesionales ya que cuando sí existe, cuando contemplan la experiencia de vivirla, lo consideran una circunstancia particular, producto de algún malestar, dolencia o patología específica, o en su defecto, como producto de una “particular empatía” con lo que no dudan en llamar “mi” médico:

Claro, mi caso es muy diferente porque lo que sucede es que yo he tenido un debilitamiento de los huesos tan notable que no solamente era genético, vamos que era una cosa congénita, con la que nací, sino que además me he pasado la vida en relación con la humedad por el trabajo en la conserva y eso te da mucho palo, entonces, claro, los médicos y las enfermeras de siempre, me han tratado como algo especial y entonces me han recomendado, me han aconsejado, todo, yo, de verdad, no tengo quejas

GT N°5

Hay muchas, mucha gente que va a ocupar la tarde, a hacer relaciones aunque sea a charlar con el que está en la espera y otras que van a por las recetas... y esto me lo dice la enfermera y me lo dice mi médico, que es una maravilla porque es un profesional como la copa de un pino, pero además porque hemos logrado una gran empatía, es una persona que a mi me pregunta como estoy, como me siento, qué tal con mis hijos, que me duele aunque sea un tonto dolor de cabeza, es, vamos... una maravilla pero por qué? Porque sabe que podemos comunicarnos, que no soy la típica...

GT N° 7

Pero en esta línea de consideraciones, - y salvo situaciones de vínculo muy particular - la demanda hacia los facultativos de atención primaria, parece recaer una vez más en la expectativa de alguna forma de contención y hasta de acompañamiento psicológico, que tienen que ver con las diversas realidades que las mujeres van transitando (menopausia, hijos, relaciones íntimas, cambios corporales, etc.) dentro de cuyo encuadre, resultaría muy bien recibido el discurso de una prevención específica que contuviera sus realidades más particulares y no sólo de estado físico como transformación generalizada, propio de todas las mujeres.

Lo que una quiere al final es aquel médico que te preguntaba como estás, que te pasa, cómo está tu familia, lo que eran los médicos de pueblo que sabían todo de ti...

Pero eso es imposible, es imposible un médico que te da hora de atención a las... no sé... a las 18,48

(risas)

Es verdad, a mi me dan unas horas que son de risa, yo cuando toca voy con tiempo, pero nunca me han atendido a la hora exacta que te dan... entonces entras con la urgencia de tener que irte y le dices las dos cosas más importantes porque tampoco te preguntan más

GT N°7

Yo quiero romper la lanza por mi médico al menos, la verdad, es que no puede hacer más de lo que hace... mira aquí en (...) que tienen unas colas todos los días mañana y tarde que no paran, más no pueden los pobres

Pero si no vamos contra ningún médico, seguro que hacen lo que pueden y hacen los que les mandan pero igual necesitan más médicos y que les manden menos o que les manden que nos atiendan con más tiempo a cada una que seguro que estarían ellos mejor y a más gusto con los pacientes.... Digo yo

GT N 5

Si muchas veces es verdad que te cura más lo que te dice que lo que manda a tomar porque yo que no soy muy allá para estas cosas, una de las verdades que son de antaño es que te hace mejor una oreja que una cuchara... no sé si lo conocéis, que quiere decir que es mejor tener alguien con quien hablar que algo que comer o que tomar.... Pero el sistema en estas zonas de pueblos no da para eso, es muy raro, sea una médica o un señor, da igual, si tienes una cola de tropecientos, no pueden porque tienen un minuto PARA cada uno y entre eso y la maquinita de los... pues nada, ala, que pases tu y que se prepare la que sigue

RG N° 3

La contención a la que parecen referirse en su demanda, implica un lugar de gran predicamento para la didáctica de la información particularizada más allá del folleto explicativo (aunque sobre éstos tienen buena consideración), de la misma forma que esperan una relación con la enfermería capaz de explicarles nuevas formas de cuidado personal, nuevas maneras de bienestar en las que los hábitos preventivos saludables logren todo el protagonismo. Lo que sucede que frente a ciertas experiencias de calidad enfocadas a esta dimensión, en otros casos, lo que gobierna es la idea de lo sistémico (de lo sanitario) en tanto ausencia de agentes tanto en la atención como en la consideración hacia las pacientes, tal como señala la cita siguiente:

Pues que suerte tenéis porque a mi no me pasa nada de esto... como dije, el médico y antes era una chica joven, mona, pero era igual que éste de ahora, te habla mirando al ordenador, no sabe si llevo el morro pintado o no... y después lo que preguntas de la enfermera, a mi lo que me pregunta cuando he ido es si soy crónica o no soy crónica y con eso se queda tan tranquila y apunta una cosa... en una planilla y, ala, pa casa.

GT N° 2

2.4. Los obstáculos de las políticas de prevención ante sus mismas realidades cotidianas

Como venimos desarrollando en este capítulo, las mujeres adultas que son interlocutoras de la investigación, tienen una predisposición positiva ante la salud, tanto por lo que respecta a sí mismas, como por la conciencia de la importancia de su condición de agentes activos en el cruce de las múltiples relaciones que desarrollan en tanto mujeres, pero también madres, hijas, esposas, trabajadoras, responsables domésticas, etc. etc. Es decir que salvo patologías que exceden al sentido y orientación de nuestro estudio, la totalidad de estas interlocutoras, abraza el concepto salud, aunque no necesariamente las prácticas y las formas de autocuidado que racionalmente valoran, que informativamente reciben y que emocionalmente querrían practicar. ¿Por qué sucede esto? ¿Por qué existe una distancia entre lo que saben, lo que están dispuestas a saber y lo que realmente practican? La respuesta, es seguramente, uno de los referentes que hacen a su misma condición de pacientes más o menos frecuentes de las consultas médicas. A las mujeres adultas, como a la mayoría de las personas, la paradoja fundante que les organiza su relación con la sanidad viene marcada por el hecho (en ningún caso inmodificable) de que la fianza puesta en la calidad de la medicina y sus desarrollos facultativos, es el motivo por el cual, las formas de autocuidado pueden caer en excesos, o descontroles que la misma cultura que les propone cuidarse, les sugiere adquirir, consumir, practicar, etc. En efecto, es la contradicción no tanto de la persona individual sino de la cultura como gran contexto de contextos que quiere cuidar el planeta pero fabrica automóviles, que propone los hábitos saludables y los consumos ecológicos de productos bajos en grasas... pero ofrece tabaco, comida basura y horas de telebasura. De allí que la respuesta a por qué las políticas de prevención de la salud encuentran obstáculos en la receptividad de estas mismas mujeres, debe buscarse más en la realidad cultural que habitamos, antes que en los discursos más o menos concientizados de ellas mismas.

Yo no sé, porque las que estamos aquí todas estamos de acuerdo en que hay que moverse, hay que comer sano, no hay que fumar, no hay esto, no lo otro.... Pero después a mi, la verdad, es que no sé por qué cuando llega el momento me cuesta mucho no comerme unos churritos si me tomo un café en el bar de abajo y me cuesta más no

pasarme una tarde criticando, porque es para criticarla nada más a la Belén Esteban o a la que toque...

Eso nos pasa a todas, mujer, pero si fuéramos sanas, sanas, los médicos se quedarían sin trabajo

Vaya consuelo que te das

GT N°2

Por lo que esta consideración que intenta señalar el particular sentido de doble mensaje, es decir de doble vínculo que la sociedad y sus administraciones les envía a las mismas mujeres, debe ser considerado el primer marco de caracterización acerca de los obstáculos que encuentran estas mujeres para un desarrollo más armonioso, más disciplinado, pero a la vez, más gratificante de los hábitos saludables que se les proponen desde el discurso sanitario. De la misma forma, ya señalado al inicio de este mismo capítulo que la confianza en lo terapéutico (con la calidad que le presuponen también a la precisión de los diagnósticos) genera el efecto perverso de no aunar el acatamiento a los mecanismos de prevención, también esa misma confianza atenta en tanto obstáculo a un fortalecimiento de la importancia de lo preventivo.

En efecto, dentro del marco general señalado y en primer lugar tanto en mujeres que no tienen ningún diagnóstico, como aquellas otras que lo han tenido o que lo tienen actualmente, unas y otras son buenas conocedoras de las normativas generales de prevención vinculadas a sus edades, pero ello, no quiere decir que exista un acatamiento total al mismo... y un obstáculo importante parece situarse en la falta de gratificación o satisfacción de lo que interpretan como hábitos y prácticas preventivas saludables, y que no son los más frecuentemente circulantes en sus mismas formas y estilos de vida

Claro que lo sabes si es por todas partes como decía esta mujer, pero lo que pasa es que la vida es muchas más cosas y muchas de las cosas que te dicen que nones, pues resulta que son de lo que más te gusta

Como el chocolate...

O los dulces o los salados, o una copita.... Da igual, ya sabes que no es lo mejor para el colesterol, para el cuerpo para la línea, claro, pero es que justamente será por eso que gusta tanto...

GT N° 5

No veo más que alegrías en todo lo que me gusta, de verdad, y al mismo tiempo creo que si tu fueras médica me lo quitarías todo

PERO A QUE TE REFIERES

Me encanta no hacer nada, no le veo ningún gusto a correr, sudar, ni siquiera caminar.... Pero además me encanta la comida buena y esa no suele ser un pescadito cocido y una verdurita, de verdad y loe go, que te encuentras con los amigos y que una copa o un vino... claro, yo sé que no me paso mucho pero sé que no es lo que debería comer y beber...

GT N° 7

En segundo lugar, la noción de tratarse de sujetos que, a pesar de sus buenos aspectos, y de su general vitalidad, se saben – se van sabiendo – camino a una suerte de marginalidad social ya que deben asumir una alta madurez cuando no, un mayorazgo activo dentro de una cultura en la que lo joven y la constante juvenilización ocupa el lugar central. De esta forma perciben muy claramente la escasez de modelos femeninos de sus edades, capaces de aglutinar las miradas de los otros para ocupar algún eje dentro la realidad. Coincidiendo con dicha perspectiva, en aquellas reuniones en las que hubo oportunidad se demandó acerca de qué figuras femeninas de sus edades eran simbólicas de una forma de hegemonía modélica en relación a la salud y al autocuidado. Los dos nombres más destacados han sido Isabel Preysler, que es también el producto de un muy bien valorado saber hacer en el ámbito de la cirugía estética y un ejemplo significativo de la disponibilidad económica sobre sí misma y un segundo personaje, entre lo paródico y la ironía, como es Carmen Lomona...

Yo creo que la Preysler es la única que de verdad, es un modelo de saber envejecer, de lograr que todos, jóvenes y mayores le pongan el ojo, aunque sea por cotillas, pero todos la miran, yo coincidí con ella en Barajas y te dabas cuenta que tanto hombres como mujeres, no le quitaban el ojo y que de verdad, la tía está chapeau de aspectos por lo que debe tener una salud estupenda

Pero a qué precio: no comer, no beber, tener dinero para todo lo que te pide el cuerpo cuando va cayéndose, no sé... no me vale

GT N° 7

Una mujer así... Que digamos que tienen lo que te parece imposible a estas edades? Pues yo voy a decir una que no me gusta pero que es evidente que tienen buen aspecto, buena salud, lo ha dicho ella, y además claro, mucho dinero. Es la Carmen Lomona

Vaya ejemplo, no sé yo...

El aspecto es espectacular, de verdad, pero bueno, ella puede ser una idiota, vale, pero está genial, la has visto en bikini?

GT N6

En tercer lugar, y muy relacionado con esta ausencia de modelos femeninos adultos que sean capaces de transmitir un discurso vital y satisfactorio de la diversa cultura de la prevención en salud, es decir, otro obstáculo importante desde sus perspectivas, parece ser la desagregación de los consejos o de las políticas preventivas que en lugar de proponer un programa general de hábitos y/o prácticas o mejor aún, de actuaciones, dichos mensajes les llegan muy desconectados, muy dispersos, muy normativos y en muchos casos hasta contradictorios.

Uno te dice que para la circulación es buenísima el agua fría, el otro que para los huesos es fatal, una, la enfermera, que hay que correr un poco o caminar deprisa porque eso activa los músculos y tal... la médica que me dice que cuidado con las rodillas porque tengo mal especialmente la de la izquierda, unos que tome leche, otros que no, que eso es muy malo a estas edades... claro cada uno te dice lo que le parece mejor pero....

ENT N° 4

A mi marido le han dado hasta diagnósticos diferentes y mira... está esperándome seguramente abajo...

Pero lo que pasa es que cada médico tiene su librito como se decía antes y cada uno ve una parte... si vas con una gripe fuerte te dará antibióticos y el otro va y te dice que los antibióticos son muy malos y así todo

GT N° 6

Todo el tiempo te mandan, haga esto, no haga tal cosa.... Y hay un momento en que te relajas y dices, mira, si puedo, vale y si no, ya habrá algún milagro

No, pero yo creo que a los médicos hay que hacerles caso porque saben y eso que decíamos antes

Si yo sé que saben, lo que pasa es que lo que saben no necesariamente es lo que tu puedes hacer en cada momento de tu vida, si yo sé que el problema no son ellos, sino que lo mandan no siempre está a mi alcance

RG N° 5

En cuarto lugar, estas mujeres perciben no sólo que existen pocos (y en términos prescriptivos, débiles) modelos que tengan que ver con verdaderas políticas de prevención triunfantes en la experiencia vital de algunos nombres propios, sino, más aún, que existe una verdadera lucha en el mercado de la salud para proponerles propuestas milagrosas que les restauren la vitalidad (y la belleza) perdidas y más aún garantizando – muchas veces bajo promesa de devolución del dinero -, la total eficacia de los tratamientos, las dietas, las prácticas, las medicinas, o las instituciones que van a lograr transformarlas en símbolo de la salud y el bienestar....

... estamos cansadas de ver que te prometen el oro y el moro y eso es siempre mentira, no puedes creerles, te quieren vender todo

PERO EN EL CASO DE LAS ENFERMERAS Y LOS MEDICOS PENSAS QUE TAMBIEN?

Yo de mi médico no lo creo, pero se sabe que hay muchos que tienen relaciones con los laboratorios y que se sacan beneficios de lo que recetan y por eso te dicen muchas veces tienes que tomar estas píldoras que tienen vitaminas... yo no digo que te hagan mal, lo que no sé es si es verdad que las necesito...

GT N° 7

La gente, perdona y más en estos tiempos te vende a su madre y los médicos y las enfermeras que por lógica ganaran menos, vamos lo sé de buena fuente, trabajan a la mañana en el centro de salud y por la tarde en una clínica de cirugía estética, entonces como te fias, pero no es ella, es que sabes que todos tratan de venderte lo que sea

Y más a nuestras edades que saben que estamos dispuestas a un crédito contar de estar mejores, de creernos, porque es creernos que no vamos a envejecer

GT N°5

La conciencia de participar en tanto segmento de edad en un target que tiene un especial interés por todo lo que significa salud, y éste concepto en tanto sinónimo de no envejecimiento prematuro, les proporciona una verificada coartada para obstaculizar la permeabilidad ante la llamada política de prevención de la salud.

En quinto lugar, lo que ya señalamos como la ausencia de un discurso específico y más aún, las carencias de un vínculo comunicacional que tenga no sólo capacidad de escucha terapéutica por parte de los profesionales de atención primaria, sino, sobre todo, la capacidad de traspasar lo general, para poder proponerles, a cada una de las mujeres, una propuesta específica a su realidad que resulte realmente preventiva. Es evidente que no existe, y esta carencia en ningún caso recae como responsabilidad sobre los cuerpos médicos y de enfermería, al menos no, por parte de estas mujeres. Será el mismo sistema sanitario y su concepción general, universal, público, total que exhibe así uno de los límites más evidentes: la carencia de una capacidad de propuestas preventivas más fuertes, dada la ausencia de una capacidad de comunicación más particularista, más centrada en la peculiaridad de cada una de estas mujeres, como no lo es tampoco, según ellas mismas, con otros perfiles de pacientes:

Ni con nosotras, ni con los niños cuando los míos eran pequeños, hace casi veinte años, pues pasaba igual... que tienen? Tal cosa, pues denles esto y esto... y a la semana esto otro... luego dicen que las mujeres vamos a pedir medicinas y recetas, no es cierto, es que el mismo sistema el que tiene que atenderte tan rápido que no puede decirte nada, ni proponerte nada que no esté ya en un frasco

Pero debo decir que mi médico siempre nos ha dado las medicinas correctas

Si no digo que no, el mío también y (...), la enfermera que es un encanto, claro... pero no se trata de eso, si no de que no pueden hacer otra cosa porque tienen tres minutos para verte y entonces no se pueden detener en qué es lo que realmente te está pasando

GT N° 6

Lo que es cierto es que no se trata de que sean buenos o malos, ya dijimos y yo lo repito, los médicos en España son muy buenos, claro... pero no tienen la paciencia, ni

la posibilidad repreguntarte realmente que es lo que te está pasando... es más estoy segura que cada una de nosotras cuando tiene cita, se prepara antes lo que va a decirle porque si dudas, no hay tiempo para dudar porque él no tiene tiempo. En mi centro a la enfermera no la conozco, de verdad, y voy hace varios años... será que tampoco tengo nada grave, entonces no sé, porque se organizan diferente, no se

A mi me pasa igual

Pues la que me toca a mi, sí, nos propone reuniones y cosas así, pero como trabajo yo no puedo asistir

RG N° 7

Y en sexto lugar, la importancia que ellas – y todo el sistema sanitario y toda la cultura española – le concede a la capacidad terapéutica de los medicamentos, capacidad terapéutica que se incrementa, al ser considerada como una fuerza exterior capaz de actuar con energía, con eficacia y de forma inmediata sobre la impronta de un cuerpo fraccionado que en su despiece no demanda de cuidados preventivos porque para la solución de cualquier problema se cuenta con profesionales, con pruebas diagnósticas de última generación y con nuevos medicamentos que “todo lo resuelven”

De verdad, es que tal vez porque yo no soy de tomar medicamentos, pero cuando me duele la cabeza un anti inflamatorio y santo remedio

Pero las piernas igual

Pero esas no son enfermedades, son cosas que le pasan a todo el mundo y no solamente a las mujeres

Claro, claro... pero a lo que voy es si para una tontería de nada que no demanda receta y que te la venden en cualquier lugar o que la tienen en los restaurantes, te cura algo que tengas, los medicamentos para las enfermedades son algo fabuloso porque allí sí que han trabajado profesionales de todo tipo, y hay cosas que son increíbles. Yo con el colesterol, tenía una dificultad horrible para bajarlo y ahora con uno que se llama exetrol (¿?) se me ha ido todo, ni correr, ni dejar de comer ni nada... yo con eso para toda la vida... y me lo recetó mi médico, conste

GT N° 6

Cada especialidad tiene unos medicamentos que de verdad te das cuenta que lo que nos llegó de nuestras abuelas y de nuestras madres es otra época y es otra cosa, ya no tiene sentido muchas cosas en las que antes se creía, porque qué pasa? Lo que ha crecido la ciencia es una cosa fabulosa

Y los aparatos porque claro, ahora cualquier cosa te hacen un escaner y te lo ven todo, porque es todo

Y a eso le sumas los fármacos que son cada vez mejores, pues de verdad que la salud está muy bien cuidada

Cuidada de maravilla porque para cada parte del cuerpo tienes una prueba, tienes tus especialistas tienes tus remedios

RG N° 4

Las citas anteriores son muy ilustrativas de la importancia y valoración que se le concede a la actual oferta sanitaria, pero también son muy elocuentes de la importancia paradójica de los obstáculos que tiene que superar una política de hábitos y cuidados preventivos, toda vez que los obstáculos más importantes surgen tanto del contexto cultural general de la realidad actual, como – de manera predominante – de la capacidad y potencia del desarrollo del propio currir efectivo de la medicina en la triada insoluble del desarrollo científico, el técnico y la industria de los medicamentos como gran corolario de ambas capacidades. Dicho en otros términos, los obstáculos para un mayor desarrollo de las prácticas preventivas en salud, están producidos por la misma potencia del actual discurso médico y su fortaleza prospectiva para desarrollar diagnósticos y proponer con eficacia, terapéuticas de operatividad contrastada.

III.- EL CUERPO Y SUS FRACCIONES

Para poder centrarnos y adentrarnos en el tema de la percepción de lo cardiovascular y sus potenciales riesgos, dedicamos este capítulo a una deriva de las propias concepciones de las mujeres interlocutoras, que consideramos de importancia nuclear para abordar nuestro tema central como es la percepción del propio cuerpo, que se trata, se concibe, como es fácilmente deducible, de un cuerpo fragmentado

De forma ambivalente, es decir, contradictoria muchas veces, las mujeres perciben su cuerpo como un cuerpo abierto a la realidad en una doble dimensión: por una parte, es un cuerpo indiscutiblemente atravesado por la variable tiempo, con ciclos pautados que lo caracterizan y le otorgan potencialidades y debilidades diversas a lo largo de cada biografía y que dejan huella en su cuerpo, en sus fatigas y en la memoria de todas las debilidades y carencias que esa misma historia va a ir generando a lo largo de su transcurso. Es un cuerpo atravesado por el tiempo con mucha más precisión que en el caso del cuerpo de los varones: después de tantas lunas comienza a ser fecundo, después de tantas otras de haber engendrado, pare; después de tantos ciclos llega la menopausia.... Y en segundo lugar, lo atraviesa la historia de las relaciones que lo circundan: tanto las relaciones existentes ... *“yo he tenido cinco hijos, y claro eso es algo que las mujeres de ahora, las jóvenes, digo, no conocen para nada, porque no, porque es otra época, claro, y así tengo el cuerpo que tengo...”* pero también de las relaciones que no han existido o aquellas que se inscriben como un déficit de la propia historia personal (*yo no pude tener hijos y eso me trajo muchos problemas porque al no tener un ciclo natural como tienen todas las mujeres eso, quieras que no, te deja con más problemas a la hora de hacerte mayor*”).

Por unas u otras vías, los cuerpos de las mujeres son percibidos como continentes expuestos al riesgo, como realidades anatómico – emocionales que en su misma ontología identitaria (la fuerza del yo relacional) presentan potencialidad de riesgo que se incrementa con los años. Son cuerpos a un tiempo receptores y contenedores (siempre de los otros, lo otro) y en esa lógica de continencia más allá de lo fisiológico – también de las emociones y los humores de los demás – se halla su cariz de fragilidad. Pero además, emerge un importante nuevo factor que se relaciona con la dimensión continente del cuerpo femenino y es el hecho de tratarse de una identidad – también corporal – codificada desde fuera de sí misma por una cultura que ha sido hasta hace muy poco prefigurada desde los intereses y los temores masculinos.

Es que era una época en la que había que tener hijos porque claro, tu ni te lo preguntabas y te estoy hablando de casi los ochenta, cuidado, que fue cuando nació mi hijo mayor al poco de casarnos, que le dije a mi marido, mejor esperamos un poco, no ves... y me dijo que de eso nada, que qué iban a pensar de él si no teníamos hijos pronto, y claro en esa época nos parecía que eso era muy importante por lo que a tener hijos porque a ver si se dudaba de su hombría, no faltaría más

Eran épocas así que hoy parecen de las cavernas pero que a nosotras nos toco casi el final, a vosotras seguro que no porque sois más jóvenes, pero en esa época los setenta y así, madre mía, tu tenías que ser formal, cuidarte en público de todo pero no por ti, por el honor de tu hombre

Si, si era así

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Desde esta perspectiva, la identidad femenina de estas mujeres ha sido una realidad codificada, contenida, (cuando no, reprimida) a la que se le ha concedido baja o nula capacidad para tomar contacto consigo misma, para saber preguntar por sus deseos, para gobernar sus propias necesidades y sus propios tiempos, una identidad de género, en definitiva que es construida desde el afuera de su propia realidad y en la que el énfasis se ha situado en contener sus potencialidades

Yo recuerdo el escándalo en mi casa que me montó mi madre una vez que yo regresé al pueblo con una falda más corta, que no era una minifalda, si te ve tu padre, me decía, si te ve tu padre, o tus hermanos, madre mía... que escándalo que voces por nada, míralo hoy y que era

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Pero es que cuando éramos jóvenes todo estaba en sospecha y además si eras mujer, peor, perdona pero era así, de verdad, no mires a los ojos, no hables con nadie, no seas provocativa, no esto, no aquello era una época de verdad, muy mala para las mujeres y en eso nos criamos, claro y después a tener hijos, yo solo tres, la verdad, porque he tenido un marido muy bueno, muy bueno y muy comprensivo

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

Cada etapa de las mujeres parece estar cargada de una manera específica de control, que alcanza su máxima expresión en el desarrollo del autocontrol que las mismas mujeres ejercen sobre sí mismas. En la época temprana de la adolescencia, las mujeres que aún ni siquiera lo son, son instruidas para recatar sus movimientos, para abandonar la niñez y adaptarse a las normativas de contención que les alejarán definitivamente de todas las posibles bondades de los deportes de contacto y por el contrario, a ser destacadamente aptas para el disciplinamiento gimnástico (a veces en términos extremos) o su otra variante contraria, más frecuente en las culturas actuales como es la tendencia a un difícilmente reversible sedentarismo³

En la juventud, las mujeres han de ser capaces a un tiempo de exhibir, pero también controlar su propia sensualidad en la relación con los otros, con los varones pero también con las mujeres. Construir, exhibir, sostener emocionalmente un cuerpo canónico con respecto a las medidas y los modelos corporales y morales que se le proponen desde la cultura, en caso contrario se trata de una personalidad no integrada, no domesticada o socializada correctamente con las pautas socio-culturales de su tiempo. El periodo posterior de la adultez, implica la adaptación a las propuestas de rejuvenilización de su propio cuerpo y de toda su identidad porque habrán de sostener la institución del mercado y sus paradigmas culturales. Rejuvenecimiento de su persona, de su cuerpo, de todo y cada una de sus partes (rostro, piernas, cintura, brazos, y un amplio etcétera en el que se subdivide su realidad corpórea). Se trata de un cuerpo, el de la adultez, sometido a todas las formas de rediseño que el

³ Al respecto ver el estudio FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, realizado por CIMOP para el Servicio Madrileño de Salud

mercado, - presentado como mercado de la salud - , sugiere para sus propios intereses de rentabilidad económica. Pero cuyo predicamento es ya incuestionable, aún entre aquellas mujeres que no acceden, ni accederán a ningún tipo de recomposición quirúrgica y en las que, sin embargo, ha quedado impreso como un elemento de la vitalidad de las edades maduras, la importancia del aspecto juvenil de sus mismos cuerpos

Ahora te dicen que hay que caminar que hay que hacer deporte, que corras y yo recuerdo que antes, cuando éramos chavales, pues mi madre, mi padre también pero mi madre si nos veía correr o jugar a la cuerda o algo así con doce, trece años, te decía que una niña de esa edad no debía hacer eso, claro ya comenzábamos a tener pechos, no sé ibas cambiando y entonces, recuerdo que nos pasábamos las siestas aquí en el pueblo, detrás de ... toda la tarde sentadas

Y además que no estropearas la ropa que no te mancharas, que no nada

Y ahora te dicen que no comas, que corras, que seas joven a cualquier precio, que no descanses.

Lo que yo creo que allí hay mucho negocio porque incluso todas esas clínicas que hay ahora de operaciones que te quitan de aquí, de allá a i eso no degusta

Y las cremas y todo eso

Y las pastillas, las farmacias, todos los escaparates están llenos de cosas para no envejecer, para no engordar,

Rg nº 3 45 – 55 años

Durante la madurez, el control de los desequilibrios y desórdenes internos y externos a la persona le exigen una total implicación con las políticas de prevención del envejecimiento porque envejecer no sólo es valorado como desintegrador de la persona en relación su vida social, su entorno, su cultura, sino como éticamente incorrecto por la carga, de todo tipo - que puede implicar para el conjunto de la sociedad

y desde cuando un médico te dice que si no le haces caso no te atenderá, por favor, le dije, oiga que a Ud. Le pago yo con mis impuestos y si quiero comerme un pollo entero me lo como, hasta ahí podríamos

Es lo que pasa con las que fumamos que nos asustan diciendo que si mañana tenemos algo, no nos querrán atender

Lo del tabaco yo sí creo que no es bueno, pero comer, tu comes lo que consideres, no te van a encerrar por eso

Pero también con el tabaco, oiga que yo si quiero me llevo a la otra vida

Pero eso no porque en eso serías una inadaptada

GT N° 1 45 – 55 AÑOS

Y finalmente la vejez, que en su impronta más central en la realidad demográfica actual no está presente en nuestra investigación más que a través de los discursos de estas mujeres que no solo cuidan de sus casas, sus hijos, sus maridos, sino, muchas de ellas, de sus mismos progenitores. Mayores cuya presencia pública es cada vez más incierta e invisible porque no son aptos ni aptas para circular, para adaptarse a la cultura actual, a sus tiempos y sus velocidades

Yo a mis padres, alguna vez que vamos a casa de una hermana que tiene una casita por (...) y entonces sí, pero no puedes con ellas porque son lentos y es un peligro... l

Los tiempos de ahora no son para los mayores, la verdad

Es todo muy acelerado, demasiado

Mis padres es que no saben ni usar un móvil, o sea que imaginaros

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	MADUREZ	VEJEZ
RECATAR LOS MOVIMIENTOS	EXHIBIR SENSUALIDAD	REJUVENECER TODAS Y CADA UNA DE LAS PARTES DEL CUERPO	CONTROLAR LOS DESEQUILIBRIOS	REPRIMIR LA PRESENCIA PÚBLICA
↓	↓	↓	↓	↓
. NO A LOS DEPORTES DE CONTACTO. . SÍ AL DISCIPLINAMIENTO GIMNÁSTICO FRENTE AL SEDENTARISMO	. CONSTRUIR UN CUERPO CANÓNICO COMO SÍNTOMA DE "INTEGRACIÓN"	. EL ASPECTO COMO GRAN MANDATO CULTURAL DEL MERCADO DE LA SALUD	. PREVENIR EL ENVEJECIMIENTO COMO CARGA SOCIAL Y ECONÓMICA	. LA CULTURA DOMINANTE MARGINA A LOS VIEJOS

El cuadro anterior da cuenta de las diversas formas de comprensión y valoración del propio cuerpo según diversas culturas de edad. Pero también cuerpo fragmentado, cuerpo que se despieza para ser vivido, percibido, cuidado, para ser centro de las culturas de la salud y para ser considerado desde las mismas propuestas médicas y sus respectivas especialidades, como una legitimación de la fragmentación presente en sus propias representaciones. En efecto, más que siguiendo la estela de los llamados ciclos vitales los cuidados sanitarios construyen dominancias en la manera de despiezarlos cuyo énfasis, desde muy pronto, se sitúa en las peculiaridades de la identidad anatómica como si se tratara de un cuerpo con una dominancia: el aparato reproductivo y sus potencialidades más positivas y más adversas: En efecto, mientras las adolescentes son tratadas para controlar sus formas y sus volúmenes a partir de un hipercontrol de las formas alimenticias (derivadas adversas serían el sobrepeso o en el extremo contrario la patología de la anorexia y la bulimia) las jóvenes son sometidas al control de sus posibilidades reproductivas y el cuidado de otra de las fronteras relacionales más centrales de su identidad: la boca. Ginecología y odontología pasan a ser las dos grandes ramas de la medicina con la que se relacionan como epicentros de su identidad que manifiesta así, una vez más, que el cuerpo femenino es un cuerpo para lo otro, para los otros, para la relación con el afuera y la exhibición de su propio ser como promesa de la especie. En la adultez llegará el máximo de la fragmentación corporal y el hipercontrol biológico a través de toda la preventiva centrada en una expansión de lo diferencial femenino, la identidad como identidad ginecológica a través de las formas de seguimiento con pruebas varias, disciplinadas y disciplinantes de citologías, mamografías, y hasta densitometrías que más que una metáfora de lo femenino, parecen cubrir todas los posibles riesgos de su personalidad corporal...

La verdad es que me siento muy tranquila porque tengo todas las pruebas bien y no tengo ninguna duda, el mes pasado pasé por la mamografía que me dieron hora más tarde a pesar de que, bueno...

Lo que pasa es que desde que Esperanza Aguirre ha dicho que tenemos que hacernos la mamografía todos los años, las mujeres de esta edad, digo, la verdad es que no paran, ha habido una cantidad de demanda de horas, lo sé porque tengo una vecina que trabaja en uno de los centros y me contaba que están que bueno... dando fecha para dentro de tres o cuatro meses

Pero a lo que iba, ya tengo la citología, la mamografía y todo va bien, o sea que no tengo preocupación ninguna hasta el año que viene

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

Todavía no, ya me dijeron que a partir del año próximo que cumpla cuarenta y uno tengo que hacerme mamografía, pero lo demás, es decir el control de la ginecóloga es muy bueno y me dijo que regresara el año próximo

GT N° 4 30 – 40 AÑOS

La medicina es muy buena, yo eso sí que no tengo queja porque he tenido que hacerme un control aunque no tenía nada y eso en otros países no lo hacen

Aquí te hacen los controles de mujeres aunque estés bien

Pero es para saber que estás bien

Claro, pero lo que dice ella, en otros lugares eso no lo hacen

Es que aquí hay medios y hay una sanidad muy buena, de mucha espera, pero muy buena

Y los doctores son muy buenas personas que atienden muy bien también, tu citología, todo, es un control muy, muy bueno

RG N° 7 INMIGRANTES

Durante la madurez la dominancia de la menopausia, considerada como centro de muchas de las carencias, debilidades, o niveles de riesgo por parte del mismo sistema médico (ya se trate de medicina pública o privada) redundante en su autoconsideración en la centralidad de lo femenino como una identidad con centro neurálgico en las derivas de lo que consideran el final del ciclo ginecológico...

Yo entiendo que es así porque las mujeres tenemos que lidiar con la menopausia y a estas edades cualquier cosa te puede pasar por deriva de cómo lo lleves, de cómo tengas las hormonas, de cómo haya sido la historia de tu regla,

Si, son las cosas que siempre te preguntan los médicos

Y los pobres que pueden hacer, si te ha tocado una naturaleza buena, pues adelante, pero si no, ellos no pueden arreglar lo que viene mal de fábrica

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

Y finalmente en la vejez, la percepción de estas mujeres es que esa misma fragmentación que construyó sus identidades corporales a lo largo de toda sus vidas, corre el riesgo de reaparecer como forma concatenada de daños parciales y más aún, construirse como mal no sólo concatenado ya con otros aspectos de la experiencia, sino, sobre todo, metastático en su misma fragilidad.

Claro, claro, el problema es que cuando te haces mayor, yo me lo represento como que todo lo que has ido teniendo de joven, de madre y de tal, los disgustos y todo lo que te ha pasado, vuelve a relacionarse, se junta y resulta que se deriva en cualquier enfermedad de esas que se te quedan en el cuerpo hasta el final

No perdona, son las que te llevan al final

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	MADUREZ	VEJEZ
↓	↓	↓	↓	↓
. VOLÚMENES / FORMAS	. VOLÚMENES (CONTENCIÓN) Y FRONTERAS (GINECOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA).	. HIPERFRAGMENTACIÓN EXTERNA E INTERNA DEL CUERPO (ENTRE LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y EL HIPERCONTROL BIOLÓGICO: CITOLOGÍAS, MAMOGRAFÍAS, DENSITOMETRÍAS.	. ABSTRACCIÓN DEL CUERPO (LOS MALES INCONTROLADOS DE ORIGEN INESPECÍFICO).	. LOS DAÑOS PARCIALES CONCATENADOS Y METASTÁSICOS.

3.1. Los fragmentos substanciales del cuerpo femenino como espacios de potenciales enfermedades

Si bien el cuerpo femenino es codificado, contenido y fragmentado desde muy pronto, y desde el principio de la historia con mucha más precisión y mucho más obsesivamente que el cuerpo masculino, la importancia de este trabajo de la cultura y de todas sus ramificaciones - desde la organización social hasta la exclusión de las instituciones de poder, desde el mercado a la sanidad, desde la cosmética a los sistemas de actitudes - la trascendencia de dicha codificación queda patente en la presente investigación al comprobar que el núcleo central de nuestras interlocutoras, las mujeres con edades entre cuarenta y cinco y sesenta y cinco años, coinciden estratégicamente en sus percepciones acerca de los temores ante riesgos de enfermedades futuras. De forma convergente y sintomática (nunca mejor dicho) cuando se les demanda acerca de sus miedos e incertidumbres sobre potenciales enfermedades, más exactamente, a cuáles enfermedades le temen, estas interlocutoras señalan de conjunto dos tipos de enfermedades:

- Las de orden neurológico, entre las que destaca el Alzheimer como gran paradigma de lo temido
- Las de orden oncológico relacionado con su identidad ginecológica entre las que destaca el cáncer como epicentro de las derivas adversas especialmente en las etapas menopáusicas

... el Alzheimer, para mi lo peor

Si o cualquiera de esas que te ataca la cabeza y hace que la pierdas

Para mi también

Yo no sé si esas o el cáncer

El cáncer tampoco es que sea manco

Lo que pasa es que no se puede elegir entre dos males tan terribles

Pero perder la cabeza es lo peor, eso es lo peor, te lo digo porque estoy cuidando a mi madre y no sabes lo que es eso

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

Yo no sabría cuales son peor si las del Alzheimer o el cáncer, es que me dan pavor ambas

Ay no, un cáncer es lo peor es una plaga que nos da miedo a todas, a todos porque a los hombres también

Pero más a las mujeres

A las mujeres mucho más, el cáncer de mama no sé cuántas mujeres hay que le han tenido que quitar los pechos, es una cruz para las mujeres y mas de esta edad nuestra

Y de todas las edades porque también más jóvenes

RG N° 2 45 – 55 años

QUÉ ENFERMEDADES OS DAN MIEDO, OS PROCUPAN PENSANDO EN VOSOTRAS MSIMAS

A mi esa que se te queda en blanco que no recuerdas nada, tengo una vecina con eso, una señor es mayor que yo, pero tres años y de verdad, es que no te das cuenta pero hace un daño terrible

Esa a mi también, pero y el cáncer?

El cáncer es que no puedo ni pensarlo

a mi me dan miedo todas porque además las mujeres con la historia de la regla los embarazos, con todo lo que pasamos somos mucho más propensas a todo, pero cómo puede ser, yo en eso sí que veo que somos mucho más débiles que los hombres

Es por nuestra anatomía

Y la cabeza, las enfermedades esas de la demencia, de la locura

Hay más mujeres locas también

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Hay hija qué preguntas nos haces, yo no quiero ni hablar de eso, de verdad,

Yo el miedo es al cáncer como todas

También esa enfermedad que no te acuerdas de nada que no reconoces a los hijos ni nada, es una enfermedad terrible

Esa es más grave porque ataca a toda la familia porque tienen que estar vigilándote de día y de noche, a mi suegra pe está pasando y nos tenemos que turnar

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Mira todas son malas, todas, la que sea, pero desgraciadamente yo creo que hay una que se lleva la palma y es el Alzheimer, esa es lo peor que yo estoy viviendo y le pido a Dios que me mande cualquier mal aunque sea muy doloroso pero que no me ponga en esa situación porque no sé qué haría, de verdad,

No harías nada porque no te enteras es que no te enteras de que lo tienes

Eso pasa porque vivimos mucho tiempo y al vivir tanto, resulta que vuelves a ser un bebe

Pero no todos tienen enfermedades de la cabeza, también te puede dar un cáncer y eso es muy duro, muy malo de llevar

GT N° 2 50 – 65 AÑOS

Preferir, yo no quiero preferir nada, Dios sabrá lo que te manda y por qué

Pero hay que estar sana para que no te vengan enfermedades eso es lo único

Pero mira que con lo bueno que son los médicos aquí, el cáncer no pueden evitarlo, y yo no sé por qué

Porque es una cosa que no se investiga suficiente

Para mi, para mi, lo peor es que te ataque algo a la cabeza, de esas cosas que te quedas como niña chica y que no puedes saber ni como te llamas

Pero, no sabes ni quienes son tus hijos, eso es algo horrible que antes no había

Siempre hubo, lo mismo que cáncer, esas son las dos cosas peores, lo de la cabeza y el cáncer de útero, o de los pechos, o le que sea pero en las mujeres es que además se ensaña con nuestras partes

RG N° 7 INMIGRANTES

Y a distancia de estas dos grandes tipologías de enfermedades que se repiten en todos los procesos discursivos y de forma muy reiterada, aparece – a veces emergiendo de manera natural y en otras, provocado de forma sugerida - las llamadas enfermedades cardiovasculares, aunque se trata de un término que en ningún caso es utilizado por ninguna de las interlocutoras, ni siquiera en

aquellos grupos que presentan por perfil socio-cultural, un mayor nivel educativo. En efecto, con más precisión, habría que señalar que los grupos recuperan las enfermedades cardíacas, como algo que si bien no está en el espectro de sus preocupaciones, sí saben que son causa de mortalidad en nuestras sociedades modernas, sobre todo porque lo asocian a la gran diversidad de factores y causas con las que se construyen a sí mismas, a sus temperamentos, en esta realidad.

Es verdad!! las enfermedades del corazón, que son una cosa que te puede dar en cualquier momento

Sí, claro.... aunque debo decir que no es lo que a mi, personalmente, más me preocupa ... sé que es una causa de muerte importante sobre todo porque tenemos una vida de locos y hay mucho estrés y tenemos mucho riesgo de un infarto o quedarte turulú que casi es peor, eso de que te da un... no sé cómo se llama, pero que te quedas un poco tonta

Como al Marichalar ...

Pero al Marichalar no fue al corazón fue a la cabeza es como una enfermedad de la cabeza ...

Pero fue por la droga

No se sabe...

No lo de Marichalar como dice ella es a la cabeza no tiene nada que ver con el corazón, lo del corazón es este que fue de Inglaterra, el anterior que tenía muchos hijos....

El Blair, ese... pero es verdad nunca nombramos las cosas del corazón y sí que son graves también

Si, pero más a los hombres que a las mujeres, me parece a mi

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Las enfermedades cardíacas son un problema en toda Europa, no solamente en España

Pero no conozco yo mucho de ese tema, bueno de ninguno, pero la verdad es que a mi ni el internista, ni el de general, ni el ginecólogo, nunca me han dicho nada del corazón, ha de ser que estoy bien, pero no podría decir que es una preocupación como lo es el cáncer, u otras enfermedades de estas que tienen que ver con lo neurológico en general,

Yo creo que las mujeres nos preocupa mucho más la cabeza y no sé por qué y después la posibilidad de un cáncer, pero desde que yo era joven siempre creo que han sido las que me han preocupado,

Pero porque no tienes a nadie con una cardiopatía, yo que tengo una familia muy dada al infarto, la verdad es que sí me preocupa

RG N° 3 – 45 – 55 AÑOS

Demandadas a señalar cuáles padecimientos consideraban vinculados a riesgo cardiopático - ya que es muy evidente que lo cardiovascular es un término que les desborda por desconocido, lo cual resulta francamente ilustrativa de la falta de información y de identificación que existe sobre el mismo, resulta muy elocuente que dicha especificidad metonímica “el corazón”, ocupa todo el espectro de lo cardiovascular. Y a pesar de que en capítulos siguientes nos centramos en esta temática específica, será de importancia crucial señalar que aún dentro de lo cardiopático, la enfermedad que consideran más identificatoria es la diabetes y en segundo lugar las llamadas, de manera genérica, malformaciones que responden a debilidades, o déficit originario, relacionados siempre con el órgano que consideran central: el corazón

De lo que yo sé, una cosa que es muy grave y que tienen que ver con el corazón es la diabetes

Toda la sangre

Justamente por ser toda la sangre, a qué te afecta? Al corazón y esa sí que es grave y yo creo que le trastorna más a las mujeres que a los hombres, pero no sé bien, lo que sé es que tener diabetes es muy malo porque tienes que cuidarte cantidad

Porque las mujeres comen mucho más dulce

Por qué no sé, pero sé que afecta a muchas mujeres y otras, la verdad es que no sé...

RG N° 4 MJERES 55 – 65 AÑOS

Por lo que he visto la diabetes es algo muy peligroso y sobre todo, muy fastidiado

La gente se tiene que estar pinchando

Ahora ya no, porque han salido otras cosas, yo tengo una cuñada con diabetes y sé que antes se pinchaba y ahora toma algo, no sé bien

Bueno lo que pasa es que hay gente, no olvidemos que venimos de unos años atrás donde no todos se alimentaban bien ni tenían una cultura para cuidarse

Eso es cierto, antes al médico casi no se iba

Y entonces hay gente con muchas deformaciones de nacimiento, cosas que no se saben muy bien yo no sé como se llamarán, la verdad, pero que tienen de nacimiento cosas al corazón

Pero ahora lo detectan todo, no ves que ya operan a bebés recién nacidos, eso antes de qué, antes no había nada de eso, yo de joven, de niña, vamos, jamás escuché que a un bebé recién nacido se le detectara algo y se le operara

Menos del corazón

Menos del corazón, pero en eso se ha avanzado mucho, es impresionante, yo creo que por eso no nos preocupa mucho

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

Regresando al esquema general del presente capítulo, las enfermedades a las que les temen las mujeres, la parquedad expresiva, pero también la contundencia en sus definiciones y la rapidez de las posibilidades de nominarlas, da cuenta suficiente de la importancia que verdaderamente les conceden. Las patologías de orden neurológico, en su propia comprensión, también vinculadas al sistema nervioso, y a las capacidades cognitivas y afectivas de los sujetos resultan reiteradas en todos los grupos y minigrupos de los diversos segmentos consultados. Lo mismo sucede con las de cauce oncológico que de forma genérica identifican con la palabra cáncer a pesar de que saben – ya es cultura trivial – que existen diferentes tipos de cánceres y sobre todo, en diverso grado de importancia. De esta manera, si recogemos la dominancia de ambas consideraciones, las mismas nos llevan a completar muy esquemáticamente lo que venimos señalando desde las primeras páginas de este informe:

En primer lugar, el máximo temor actual a potenciales enfermedades entre las mujeres adultas de la Comunidad de Madrid está hegemonizado por el temor a las enfermedades consideradas neurológicas, o más exactamente de la cabeza, aquellas que afectan tanto al sistema cognitivo como al carácter o temperamento y las posibilidades de soberanía que una patología de este tipo puede ocasionar a quien la padece y a su entorno:

Para mí, sin ninguna duda, a mí la idea de no regir, de no saber quien soy o quienes son los que me están alrededor, me están cuidando, cuidando o no, eso me da igual que yo no rija, eso, me desespera, eso es lo que le pido a Dios que nunca me lo ponga por delante, porque me desespera

Lo que pasa es que si te viene eso, no te enteras de nada

Pero la familia sí que se entera y tanto

Vale, pero si tu lo padeces, o yo, resulta que no sabemos nada de nada

Y eso que me alivia? A mí es eso lo que me parece lo peor

GT N° 2

Yo he cuidado a una señora que era un castigo porque la pobre de pronto estaba bien, hablando contigo, así como nostras no sabes? Y de repente si tenía algo a mano, te perseguía, te lo clavaba pero a mí, a su hija a quien fuera

Es que les cambia el carácter y les cambia todo

A mí me pasa con mis padres porque no es uno, son los dos que tienen lo mismo

Qué barbaridad, los dos?

Los dos y a mí padre internado porque le cambió, como es de los nervios, vamos del aparato nervioso pues no podíamos tenerlo en casa, se escapaba, cogía lo que quería en cualquier lugar, en la tienda y no podías gobernarlo

Es que están perdidos

Y hay un tiempo es que la cabeza les va y les viene, y tiene lo suyo, pero vale, pero cuando pierden para siempre la cabeza es que no sabes por donde te pueden salir, se ponen agresivos y se pueden hacer daño, es terrible, para mí por eso es lo peor que te puede pasar en la vida

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

... es decir que se trata de un temor a las enfermedades en las que se pone de manifiesto la pérdida – parcial o total – de la autonomía del yo tanto por lo que ello implica de final de lo propio de un sujeto, - así concebido desde los valores del siglo XXI -, como por las implicancias que representa para el entorno de

esos mismos sujetos, lo que parece ser, sin ninguna duda, uno de los puntos de vista más señalados y más angustiosos en la percepción de estas mismas mujeres

Yo lo miro como hija, claro, si ella siente algo o no siente no lo sé, yo sé que a mi no me reconoce y a mi hermano, tampoco, y a los nietos, vamos, nada, pero nada de nada y siempre está pidiendo por su madre y es como si fuera una niña, pero una niña pequeña

Qué duro para ti, ¿verdad?

Durísimo no solamente porque no sabes que le puede pasar en un minuto sino porque ver a tu madre que ha sido para ti tan importante, tan poderosa, no sé, es que yo no quisiera verme así jamás, de verdad que por supuesto prefiero morirme antes de verme así y creo que la gente que me quiere también, pero por lo mucho que me quieren, de verdad

Te entiendo hasta por señas

Gt N° 2 55 – 65

En segundo lugar, el temor a las enfermedades de cauce oncológico, es decir lo que irremisiblemente – como ya hemos señalado – se denomina el cáncer. Enfermedad devastadora, en las propias consideraciones de las interlocutoras que además aparece vinculada directamente a la imagen del dolor, al temor al dolor como una de las peores formas de alcanzar la muerte. Ya no se trata sólo de morir, sino de que la calidad de vida experiencial, pasa – en la percepción de estas mujeres – por una de las enfermedades que más malestar causan a quien la padece, porque el dolor y el malestar de una experiencia oncológica no es sólo la enfermedad en sí, sino su terapéutica misma y sus efectos colaterales.

Pero mira, si es que no le veo yo que se haya progresado tanto.

Ahora se curan muchos cánceres, que sí, que sale en la televisión y en todas partes

No te digo que no, hace cincuenta años te morías enseguida y ahora se estira mucho, en muchos casos

Claro, pero mira los tratamientos, no sé que es lo que duele más si el cáncer o la quimioterapia porque se te cae el pelo, tienes fiebre, te destroza el estomago, pero que clase de tratamiento es ese...

Claro ella tiene razón al menos yo estoy con ella hay otras enfermedades, esto que decimos de la cabeza que

no te enteras, claro, y eso es lo malo, pero los medicamentos no te hacen daño, en el cáncer en cambio, sí

GT N° 3

Perdona pero las dos son terribles, ahora es que el cáncer, te lo comes tu porque te duele si no te curan y si te curan, más

Estás totalmente en manos de los médicos y atada a los tratamientos y siempre con dudas de si te ha servicio o no para algo.... Quitá, quita, prefiero tener la cabeza plana y joder a la familia, con perdón

GT N° 4 30 40 AÑOS

En tercer lugar, será necesario constatar desde este mismo esquema perceptivo que los temores de estas mujeres se centran en dos áreas específicas: “la cabeza”, al decir de ellas mismas y la identidad femenina como especificidad ginecológica, es decir, lo que consideran en centro de su identidad reproductiva. Así es. Cerebro y aparato genital, los órganos de relación por excelencia, dos áreas del cuerpo, de un cuerpo fragmentado en el que dominan los órganos cognitivos interpretativos y el aparato reproductor. Ni siquiera la gran metáfora del continente de las emociones, el corazón, órgano que eclipsa la imagen de la circulación cardiovascular, es un significante de preocupación para ellas, que en ningún caso son desconocedoras por falta de interés, - o paradójicamente por falta de conexión con sistemas de comunicación informativa – sino porque dicha dimensión no está priorizada, ni siquiera tenida en cuenta en el conjunto de los imaginarios patológicos en los cuales se confían y a los cuales se subordinan para articular posibles temores o políticas de prevención

Madre mía, de verdad esa sí que son enfermedades graves y no tener kilos de más como nos pasa a nosotros. Yo de verdad que no me creo que a veces nos preocupamos tanto por el aspecto cuando hay gente, mujeres que están sin los pechos, o que han perdido la cabeza y no pueden ni reconocer a los hijos, eso sí que es un problema

y lo que tu preguntabas del corazón, la verdad es que no me parece un problema porque eso ha crecido tanto, que ya no es un problema, de verdad....

GT NI 1 40 – 50 AÑOS MUJERES CON SOBREPESO

IV.- LO CARDIOVASCULAR: UN ÁMBITO INEXISTENTE

Ya señalado en páginas anteriores, y sostenido por la amplia variedad de discursos que aluden a dicha realidad, lo cardiovascular como entidad que tiene que ver con un amplio y diversificado ámbito de posibles riesgos y patologías, no existe en el imaginario perceptivo de estas mujeres. Más impactante resulta dicha inexistencia, o más estrictamente nombrado, esta invisibilidad, cuando los perfiles de las mujeres según composición - a veces por diseño pero en otros casos, espontáneo - de cada uno de los grupos de discusión y grupos experienciales realizados, reúne a mujeres con sobrepeso, o incluso, obesidad; algunas hipertensas o en edades de tránsito por la menopausia, algunas hipercolesterolémicas, otras fumadoras, es decir mujeres que en su propia vivencia actual están experimentando una importante, o al menos potencial, circunstancia de riesgo cardiovascular. Sin embargo ninguna de ellas sitúa, de forma espontánea dicho término, ni tampoco una explicitación que dé cuenta de la amplitud de este concepto en la autovaloración de su salud. Es más, podría afirmarse a la luz de los discursos producidos, lo cardiovascular es percibido como una terminología medicocrática, esto es, como una forma de poder discursivo en la interpretación técnico científico que se realiza en el núcleo mismo de los hacedores de la medicina, es decir, los médicos. Pero no se valora como una perspectiva sobre la propia identidad de los enfermos, o al menos como un ámbito de riesgo en la realidad de cada una de ellas mismas y de las personas de sus entornos, en definitiva no es algo que se valore como una responsabilidad pro saludable a cuidar por parte de la población.

Yo me vas a perdonar pero entiendo que te refieres a las enfermedades del corazón pero como cardiovascular no sé yo, a qué te refieres

A mi me pasa igual, pero entiendo que sí, que lo nos pregunta es sobre enfermedades del corazón como la diabetes o cosas a sí, no?

RG N° 4 MUJERES 55 – 65 AÑOS

De la misma forma que nunca le entiendes la letra los médicos, pero ni aquí ni en lugar del mundo, como es eso?

Es verdad que no entienden

... pues de la misma forma, yo no entiendo lo que dicen y la verdad es que tengo un médico muy bueno y muy paciente que te explica las cosas, mira el esófago está así con respecto al estómago, te hace dibujitos, pero lo de cardiovascular, cardiovascular, cómo se dice?

CARDIOVASCULAR

Pues eso no se lo oí nunca

Esa es una palabra que yo oí cuando mi hermano estuvo internado en Bilbao y que yo fui a verlo, pero aquí en Madrid no, lo que pasa es que los médicos tiene muchas palabras que son para ellos que no te hablan con ellas cuando tienen que decirte algo porque son palabras que igual nosotras no necesitamos

RG N° 7 INMIGRANTES

Claro, lo que pasa es que lo sacas por deducción que cardiovascular es algo más que el corazón porque como el corazón es el centro del organismo está relacionado con todo, ahora para mi, yo lo que creo, y es una creencia porque de estas cosas no sé nada, solamente lo que ha sido criar a mis hijos pero nada más y la verdad es que mi impresión ahora, es que el centro de la persona es el cerebro, mucho más que el corazón

Yo pienso igual, lo mismo que decíamos de las enfermedades de la cabeza, el cerebro es el que da las órdenes, por tanto es mucho más importante

Te pueden cambiar el corazón pero no te pueden cambiar el cerebro, eso está demostrado

Dependemos mucho más de la cabeza, del cerebro y de todo lo que está aquí adentro que del corazón.

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

Sí claro que lo he oído pero es un término que dicen los médicos para comunicarse entre ellos

Si, porque tampoco es una especialidad---

La especialidad es la cardiología pero no la cardiovascular

No esa especialidad desde luego no existe

Yo nunca he oído una cosa así, y mira que visito médicos

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

Las citas anteriores resultan sumamente elocuentes de lo que venimos intentando señalar desde las primeras páginas de este documento: se trata de un término que se percibe más como una “jerga” técnica de los médicos a la hora de comunicarse entre ellos, no con los pacientes, ni con la población, tampoco las instituciones utilizan esta terminología y además, para acabar de cerrar el bucle de lo exento, de lo ajeno, de lo que no tiene que ver con la realidad de la población y menos aún con el universo de las mujeres, aparece la imagen muy manifiesta en la cita anterior, según la cual, por no existir, no existe ni siquiera una especialidad con dicha nominación

*NUNCA HABÉIS OIDO EL TERMINO
CARDIOVASCULAR*

Para mi que no, de verdad

No lo sé, yo la verdad es que no lo sé, lo que creo que es lo que se refiere a los cardiólogos y creo que son ellos los que tienen que ver con lo cardiovascular, pero por otra parte, nunca he tenido que hacerme atender por un cardiólogo, o sea, que en lo que a mi respecta, pues no

RG N° 1 55 – 65 AÑOS

Para mi lo cardiovascular es lo que entra y sales del corazón y eso es muy importante

*Pero entonces es lo que se llama en España cardiología?
Es eso?*

La idea que yo me represento es que lo cardiovascular tiene que ver con todas las venas con toda la sangre que va de un lado a otro y que eso es cardiovascular, pero no estoy segura

Eso es lo que llevan en cardiología

RG N° 6 45 – 55 AÑOS

La mayoría, por no decir la totalidad de estas mujeres interlocutoras, desconoce la amplitud y diversidad de vinculaciones que implica el término cardiovascular, y su más inmediata acepción, es decir traducción, acerca de su referencia etimológica, le acerca, o mejor aún, le deja subsumido tras el término cardiología. Dimensión fatal para la comprensión y diversificación del concepto ante este colectivo de mujeres, toda vez que al tratarse de algo no conocido, o mejor aún, no descifrado, que no corresponde a las formas de comunicación que la comunidad médica, con toda la autoridad que le caracteriza, utiliza con ellas, para ellas, hacia ellas, y al hacer referencia a un órgano como el corazón cuyos riesgos no están dentro de la lista de los que asumen como parte importante de sus cuidados, resulta finalmente que desde una u otra perspectiva, más aún desde las dos a la vez, la valoración de este ámbito queda totalmente desdibujado, ignorado y temerariamente banalizado. De esta forma, lo que las mujeres interlocutoras interpretan del riesgo cardiovascular, es el riesgo de un infarto, sintomatología casi omnipresente como peculiar padecimiento conflictivo en relación a la centralidad del corazón

Claro, los médicos siempre te dicen que dejes de fumar, qué te van a decir, pero yo lo único que tengo es que soy propensa al colesterol, pero anda más, en cincuenta y dos años nada más ni riesgo al corazón ni nada de nada

Pero el colesterol sí que te puede hacer daño al corazón

Bueno de ser así, toda la población española está como para ir al cardiólogo, porque lo que se come en este país, lo que gusta el pan, lo que se fume, y todo y todo, no me digas...

Yo creo que previenen pero también es verdad que a veces lanzan bolos de algo porque quieren proteger otras cosas, a ver... que a mí me parece bien, pero no es tan así

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

Pero aún hay más. Tal es el desconocimiento – ya que en ningún caso podríamos afirmar que se trata de una denegación acerca de la importancia del aparato cardiovascular – que aparecen dos derivas autónomas de dicho desconocimiento que sin embargo, redundan en una misma y oscura percepción sobre lo que nos ocupa: Por una parte, aparece la idea de que aún en su mismidad lo cardiológico es un área que requiere ciertos cuidados, especialmente en relación con algunas enfermedades o patologías cuya

cronificación sería muy difícil de gestionar y que por tanto podrían pasar a la consideración de graves como por ejemplo la diabetes, o más controlable aún desde el sistema de actitudes como la obesidad tal como señalan las citas que destacamos a continuación. Cronificación de patologías cuyo centro de cuidados sería el corazón mismo a partir de las diferentes sintomatologías que identifican:

Lo que resulta evidente que una situación de obesidad es grave para el corazón

Pero ni tu, ni ella ni yo podemos hablar de una obesidad mórbida o cosas así, al endocrino que estoy yendo, de verdad, va gente que te das cuenta que puede ser muy grave su caso

Y SE TRATA DE MUJERES O DE HOMBRES

De ambos, mujeres y hombres, pero vamos que no se trata de sobrepeso sino de obesidad en el sentido fuerte

Pues eso, ya sea en mujeres o en hombres eso tiene que ser malo para el corazón

Y POR QUÉ OS PARECE QUE ES MALO, QUE ES LO QUE PUEDE PROVOCAR O PUEDE PASAR

Pues que se te llene de grasa el corazón y que no pueda pasar la sangre

Porque con el colesterol pasa algo parecido y afecta, a qué afecta, al corazón

Es que el colesterol es la grasa en las venas, es lo que estamos diciendo, por eso ahora hay tanto obsesión porque no engordes porque eso es muy grave para el corazón, por la grasa

Hay gente que la grasa se le ha puesto alrededor del corazón directamente

Eso no puede ser bueno

GT N° 1 40 55 AÑOS SOBREPESO

La diabetes es algo que te viene porque el corazón no funciona bien y además, si tu llenas de azúcar la sangre es como si pusieras azúcar en cantidad en el café, qué pasa? Que se pone espeso y con la sangre es igual

Pero la diabetes no te viene por comer azúcar, es al revés, comes azúcar porque tienes diabetes

En (...) había una familia amiga que la hija, ya murió la pobre, tenía diabetes y claro, no podía tomar nada de azúcar y era tal la necesidad que se comía las

*remolachas de la huertica que tenían se la comía cruda,
y tenía la cara, así toda pobre de comer remolachas*

*Es que esas enfermedades son malas porque van a peor y
a peor cada vez, de hecho es gente que no vive muco y si
viven se quedan ciegas, o no sé cosas terribles de verdad*

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

Y en segundo lugar, la deriva hacia la muerte, pero una muerte que no parece tener que ver directamente con alguna de las sintomatologías potenciales de lo cardiovascular, ni siquiera de lo cardiológico, sino, en directa conexión con sus temores más arcaicos, la deriva hacia alguna manifestación oncológica, como sería la resultante de un mal hábito como consideran el tabaquismo o las drogas ...

*Claro que es fatal pero por qué, porque seguramente si el
corazón se resiente, se forma un cáncer y es lo que les
pasa a los fumadores, a los grandes fumadores que se les
hace un cáncer*

De pulmón

*No solamente de pulmón, sino de muchas cosas, no has
visto los paquetes de cigarrillos que te puede dar cáncer
de garganta, de piel*

Y a las mujeres de mama, es de lo más frecuente

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

*Tener presente que lo primero que se pensó con el sida
que era un tipo de cáncer y no lo es, pero te deja sin
defensas y te puede dar*

*De hecho una de las cosas que provoca cáncer y está
demostrado es el consumo de drogas por eso es que
terminan los chavales tan super delgados y tal porque el
cáncer los come por dentro*

GT N° 3 – 40 55 AÑOS

O en su defecto, las graves enfermedades que sitúan en el ámbito de lo neurológico como las depresiones o la ansiedad.

V.- LAS REPRESENTACIONES DE LAS MUJERES SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: LA CENTRALIDAD DE LO CARDÍACO

En este capítulo concretaremos nuestra aproximación al corazón dirigiéndonos ya de forma más específica a las patologías cardíacas y los modos en los que son comprendidas por parte de las mujeres. Reservaremos, sin embargo, el siguiente capítulo para aproximarnos más concretamente a las ideas o los motivos que causan las enfermedades cardiovasculares, ya que consideramos que, por su importancia, esta cuestión merece una aproximación más propia y extensa. El presente capítulo abordará, por tanto, otros elementos y valoraciones relacionados con la representación femenina adulta de las patologías cardiovasculares: el “retrato-robot del cardiópata” que nunca se relaciona con la imagen de una mujer, - cuando lo es, se trata de una excepción de tipo genético o de una degenerativa particular - y la comparación con el cáncer y las enfermedades llamadas neurológicas para concluir con una idea que consideramos de gran importancia estratégica: que se estaría produciendo una cierta relativización de la gravedad de las cardiopatías que en algún momento llega a aproximarse, casi, a una relativa banalización de su importancia.

En los procesos interlocutivos, consultamos acerca del conocimiento existente sobre diferentes patologías cardiovasculares y factores de riesgo cardiológico en general, señalando, de manera reiterada que no se trataba de un examen sino de intentar saber por nuestra parte, qué conocían y qué se comprendía socialmente sobre estos términos. En efecto, nos interesaba aproximarnos a los grados de conocimiento de diversas patologías, saber cuáles eran las más conocidas y también aquellas que resultan más desconocidas y que representación tienen de éstas, así como aprehender cuáles son consideradas

de mayor o menor gravedad. Resultaba de gran interés adentrarnos en lo cardiovascular, toda vez que, prácticamente en ningún caso, esta dimensión surgía de forma espontánea como uno de los temores de patologización entre las mujeres mismas interlocutoras

La patología más ampliamente conocida, como queda corroborado reiteradamente, es el infarto que se constituye en la manifestación ejemplar por excelencia de las enfermedades del corazón, toda vez que – como ya hemos señalado – lo cardiopático, encubre o desdibuja la diversidad cardiovascular. Le siguen en conocimiento generalizado entre todas las interlocutoras, el colesterol, la hipertensión arterial y las taquicardias. En últimos lugares, sin embargo, aparecen las cardiopatías congénitas, las miocardiopatías y la cardiopatía isquémica. El desconocimiento sobre las cardiopatías de origen genético, se conjuga, así, con un desconocimiento del lenguaje médico que es evidente que no les llega, que se trata de un lenguaje con el que no están familiarizadas como se demuestra en que tanto el infarto como la angina de pecho se encuentren en los primeros lugares de mención en el conjunto de los grupos realizados mientras que su denominación técnica (isquemia) resulte totalmente desconocida. En cuanto a percepción de gravedad, el aneurisma de aorta y el infarto resultan las patologías consideradas más graves, por lo que les sugiere de definitivo, circunstancia que sitúa la imagen de lo cardiovascular en un lugar paradójico en tanto es grave pero inmediato, aunque no definitivo.

Hay que destacar que resulta evidente la existencia de un muy bajo conocimiento riguroso sobre qué son las cardiopatías mismas, a pesar de ser el tipo de enfermedades que relacionan con lo cardiovascular, es decir que lo cardiopático – como se ha señalado desde las primeras páginas de este informe – representa la totalidad de las derivas de los problemas cardiovasculares. Colesterol, hipertensión, diabetes taquicardias y arritmias resultan ser las más conocidas en tanto posibles riesgos “también” femeninos. Esto es, que se trata de patologías que se conocen (de nombre o en sus síntomas, o en su potencial extensión a toda la población) pero que no se entiende la fisiopatología real de cada una de ellas. A modo de ejemplo, tal como señala la cita siguiente, el soplo al corazón se entiende erróneamente como una entrada de aire en el órgano mismo, confusión ahondada por el propio nombre.

No, no pobre, es una chica, pero bueno... es una cosa que trajo de nacimiento y es una chica preciosa, pero nació con un soplo al corazón

Eso tiene que ser terrible

PERO EN QUE SENTIDO DICES TERRIBLE?

Hombre no sé... pero nacer con un agujero por donde te llega el aire adentro del corazón tiene que ser algo que no te deja tranquila ni de día ni de noche, digo yo...

Esas cosas de la naturaleza son terribles, yo no puedo no pensar en los pobres padres...

RG N° 4 – 55 – 65 AÑOS

Por su parte al infarto, erróneamente se lo representa cómo un paro cardíaco (la definición correcta de infarto es la de una necrosis o muerte de una parte del músculo cardíaco, debido a un estrangulamiento del riego: no se produce ningún “paro”). Pero sin embargo, alude a la idea de lo súbito, lo que proporciona culturalmente el modelo fundamental mediante el que se comprenden todas las cardiopatías (manifestación aguda, entendido como un paro del ritmo que lleva al detenimiento de todo el mecanismo orgánico). Las otras cardiopatías se comparan por tanto con éste y así se sitúan en la imagen de ser “pequeños infartos” o, se dice, que son “algo que provoca un infarto”, gran figura metafórica del riesgo máximo del funcionamiento cardíaco, que es a su vez lo central, lo hegemónico, lo nuclear de lo que técnicamente los médicos suelen considerar bajo el término cardiovascular.

A mi lo que me parece, pero la verdad es que yo de estas cosas por suerte en mi familia muy poco, creo que un tío tuvo problemas de corazón y murió de un infarto, yo no le conocí pero mi madre, que era su hermana, siempre cuenta que estaba comiendo y se quedó, se quedó así sentado...

Eso es lo que pasa con un infarto porque lo que los médicos llaman cardiovascular en realidad el temor es ese que te dé y te quedas...

Bueno entre una enfermedad larga y penosa no sé yo...

Por supuesto, yo pienso igual, mejor así de súbito, y si te llegó la hora, menor sin sentir

A un vecino le dio mientras dormía y su mujer se creyó que tenía mucho sueño, era en la siesta y mira por donde se quedó dormido

Dicen que el último ronquido es igual que cualquier ronquido

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

5.1. Retrato-robot del enfermo cardíaco

Resulta evidente que existen estereotipos muy arraigados que caracterizan a las diferentes enfermedades y que sustentan la construcción de un “retrato-robot” del enfermo-tipo de cada patología. No sucede así con todas las enfermedades, pero hay ciertas dolencias – las más importantes, las más centrales – a las que se adscribe una *personalidad*, un *carácter*, de tal modo que se cuenta con estereotipos socialmente extendidos que sirven para caracterizar a quienes la sufren (y más aún, para suponer quién es o no, un posible candidato – y no candidata - a sufrirla). Parte de estos estereotipos se construyen mediante una “epidemiología espontánea”, de sentido común: en la experiencia social cotidiana se percibe cómo algunas enfermedades afectan de forma preferencial a determinados perfiles, algo que la observación epidemiológica científica parece corroborar. Pero otra parte del estereotipo, y quizá la más significativa, se construye a partir de los contenidos culturales que se adscriben a las enfermedades, y pueden llegar a mantenerse incluso contra la evidencia. Sontag refiere, por ejemplo, cómo la imagen de los tuberculosos en tanto personas que pasaban por pocos sufrimientos, persistía, a pesar de la evidente realidad de los dolores agónicos que la acompañaban, e igualmente cómo perduró la imagen de que el tuberculoso más frecuente era un joven poeta o una romántica adolescente aunque era relativamente simple comprobar su extensión a muy diferentes perfiles sociales, especialmente entre los segmentos más empobrecidos⁴. Es bien sabido que la principal función del estereotipo es un constructo social con capacidad para discriminar a quienes pertenecen a él, o bajo su égida y quienes no. Al desarrollar y extenderse un *pre-juicio*, parece posible proyectar qué es lo que va a suceder y, sobre todo, qué clase de personas resultan candidatas a tal o cual enfermedad. Esto reduce la incertidumbre, da una satisfacción cognitiva que se entiende, casi, como explicación. Pero no para todas las mujeres. Para quien enferma o tiene un familiar cercano afectado por una enfermedad, el estereotipo sólo cumple esa función de alivio cognitivo a condición de que el enfermo encaje en tal perfil. Así, por ejemplo, esta es una de las angustias que atenazan a los progenitores de niños cardiopatas:

⁴ Sontag, *La enfermedad y sus metáforas* ed TAURUS.

M- Pues a lo mejor toda la sociedad ve más normal que un señor de 50 ó 60 años le dé un infarto; pero lo que no ve normal la gente es que una mujer nazca con una cardiopatía.

Y menos si eres la madre o el padre, perdona, pero yo de verdad, no me puedo creer que digas, pues mira, lo tengo que sobrellevar que sea una niña que esté bien de todo lo demás, que sea lista y que sin quererlo ni beberlo, resulta que es una rara porque nace con un problema del corazón por lo que hay que estar cuidándola toda la vida

Es que seguramente es para toda la vida

Y suerte que lo sea, que si no, es que se te va....

Pero ahora esas cosas están muy controladas, no os parece?

GT N° 2 50 65 AÑOS

En esta cita no sólo podemos observar esa “normalidad social” que está asociada al estereotipo, sino también la forma más evidente y aún dominante de estereotipo de enfermo del corazón: un señor de 50 ó 60 años. Y es que aún continúa rigiendo, en la percepción más inmediata de estas mujeres, un estereotipo muy determinado y arraigado de cardiópata: un varón de edad media o avanzada que ha tenido una vida dura por los esfuerzos, o por los excesos de un vivir licencioso en ciertos aspectos relacionados con el sexo, el alcohol y/o las drogas. Resulta así un estereotipo, por una parte de género, y por otro, destacadamente etario aunque con dominancia del primer factor, el género. En efecto, en diferentes encuestas de epidemiología cardiovascular, al consultar por el elemento de género: casi un 60% de las y los encuestados suele considerar que las enfermedades del corazón afectan más a varones, mientras que sólo un 5% manifiesta que preferentemente afecta a las mujeres⁵.

Pensando en las enfermedades del corazón diría que...	
(Base: Total Muestra. 513)	
Afecta más a los hombres	58,5%
Afecta más a las mujeres	4,9%

⁵ ENCUESTA SOBRE IMAGEN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOPÁTICAS REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, NOV 2003 – VOL: 53

Afecta a ambos indistintamente	26,1%
Ns / Nc	10,5%

El contenido etario del estereotipo dominante (un varón mayor) aparece de forma más generalizada también en los contenidos de nuestra investigación. Por ejemplo, en la siguiente cita, una mujer, conocida de una las interlocutoras que descubrió que tiene un soplo, ésta rechaza su enfermedad al considerarla una enfermedad “de gente muy mayor”. Esta cita es especialmente interesante porque aquí vemos no sólo el estereotipo tal como es, sino el efecto de rechazo que causa en una mujer afectada que no responde a dicho estereotipo, así como la comprensión de las otras mujeres y la valoración negativa de esa imagen:

Ella era muy conciente de lo que tenía, no era que no supiera, pero te lo decía siempre: Yo traté de olvidar mi enfermedad porque fue una enfermedad que yo vi que era de gente muy mayor, entonces yo no me sentía en ese papel de gente muy mayor [...]

PERO ELLA SE CUIDABA, AUNQUE PENSABA QUE TENÍA ALGO DE MAYOR, O QUE NO LO TENÍA

Sí, claro; porque ella llegaba a revisión y yo le acompañé un día y todo, y lo veía también y entraba en la sala de espera y entonces evidentemente había un tiempo en el que estaba allí y veía: “¡Qué gente más mayor, por Dios!”. Veías que era enfermos crónicos cuando ella se sentía una enferma puntual. O sea, no era una enferma crónica igual que ellos; que a lo mejor por su juventud le permitía tener una calidad de vida mejor que la de ellos, no se....

Pero la entiendes, perdona

Por supuesto, claro que sí... porque a mi me pasaría igual es que no sabéis que mayores, todo hombre y de verdad muy mayores

Te das cuenta que si eres una mujer que se mueve bien por la vida porque eres joven no te crees que tengas algo de viejos, eso es así y se entiende...

Como no ves a los viejos con acné tampoco

RG N° 5 45 – 55 años)

Junto al retrato-robot dominante, un varón de edad avanzada, hay otros tipos más secundarios y residuales, algunos más antiguos (están en la memoria

inconsciente de nuestras interlocutoras de mayor edad) y otros que resultan más modernos y más propios de los tiempos actuales. En primer lugar, los niños débiles y enfermizos. Este estereotipo permanece en la percepción de algunas personas mayores, y se relaciona con el (aparentemente) extendido perfil en el entorno rural del pasado del niño que sufría fiebres reumáticas y que quedaba afectado del corazón para toda la vida. Hoy esa figura dentro de la Comunidad de Madrid, se relaciona antes con niños de familias inmigrantes antes que con niños españoles

Y A TI TE SORPRENDIÓ CUANDO TE DIJERON QUE ERA EL CORAZÓN, O TE PARECIÓ...?

Pues sí. A mí me sorprendió porque yo pensaba que la gente enferma del corazón pues que tenía otras..., no sé, como otros síntomas que yo no encontraba que hubiera tenido ningún niño del Colegio, pero claro este niño venía de las montañas no sé si de Perú o Ecuador, por allí.

Y TU QUÉ PENSASTE?

Pues yo qué sé, yo qué pensaba..., la gente del corazón... Porque yo una prima mía había muerto del corazón y toda su vida pues había sido muy delicada. Me parecía a mí que los enfermos del corazón pues que serían más delicados que ese niño, que falleció antes de terminar el curso, de verdad, un palo para todos, especialmente para los compañeros Claro, yo en mi ignorancia qué pienso ... que alguien enfermo del corazón era alguien que come mal de niño que no se cuida que nadie le lleva a un médico, es que antes, no se acostumbraba tanto como ahora, ahora cualquier cosa vas a urgencias, al médico al tal y te das cuenta que esta gente que viene de esos países, pues es gente muy desamparada, no que ellos sean malos, los padres muy buenas personas, pero claro, sin recursos

Ahora la gente se pasa mucho eso también y eso te lo dicen los médicos que se quejan que la gente va por tonterías, también los inmigrantes

Pero antes había mucho niño enfermo, niño o niña y entonces te daba más que tendrían luego alguna enfermedad, no ves... que ahora ese lugar lo tienen los niños que vienen de fuera

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Otra figura que parece destacar, y que recuperaremos más adelante cuando hablemos del (antiguo) paradigma maquínico de comprensión del corazón, comparte edad y sexo con el estereotipo dominante, (varón de cierta edad madura) pero se trata de un sujeto a quien se sitúa en un trabajo muy abstracto, muy inasible, propio de la tensión profesional relacionada con sectores ocupacionales “modernos” profesionales y directivos, muy subordinados al estrés, el rendimiento propio y de otros y que no consigue relajar su vida cotidiana

Los ejecutivos, los empresarios

Los políticos mismos, no sé como no les dan más infartos, de verdad

Porque pasan de todo

Pero por ejemplo la imagen de esos directivos de grandes empresas que salen en las películas

O los banqueros,

Los banqueros por ejemplo, esa gente que sabe que no sé yo... la economía de miles, que digo, millones de personas se ha puesto en sus manos, esa gente es muy propensa a que le dé algo

Y cuando decimos algo, ya sabemos que es un infarto o algo así

Exactamente

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

Los estereotipos más modernos han mantenido ese sesgo de género y de edad, aunque el perfil profesional, como resulta evidente y como también volveremos a trabajar más adelante, ha sufrido un cambio radical. En la actualidad, el modelo estereotipado del enfermo cardíaco tiende al perfil de “quien tiene que tomar decisiones importantes” un personaje varón, directivo o profesionalmente desarrollado, que en la cima o casi al final de su carrera profesional sufre, concretamente, un infarto.

El problema de las mujeres, es no encajar en este retrato robot: de ahí la angustia al no adecuarse a una imagen social aceptada, que en su evidencia estereotipada no requiere de mayor explicación. Es decir, a un varón que padece un infarto, la propias concepciones sociales sobre qué es el infarto, por qué sucede y a quién, le sirven de apoyo cognitivo y de explicación: el “episodio” no le fuerza a modificar sus esquemas cognitivos sobre *quién es él*. Sin

embargo, resulta significativo que para las mujeres, la imagen de una mujer cardíopata les sugiere elaboraciones más conflictivas de su auto-imagen como potenciales enfermas, esta imagen parece chocar con la fortaleza que se aducen, con las capacidades de lo heterónimo, con la vinculación con sus propios cuerpos, todo lo cual las lleva al borde de una doble anomalía: primero porque padecen (o padecerían) “algo raro entre las mujeres” y segundo porque dicho padecimiento las situaría al borde del colectivo mismo, algo así como si tuvieran algo de varón, inserto en su propia identidad

Sobre todo algo del corazón les da a los hombres. A las mujeres no les da casi infartos.

No...

De 40 a 60, sobre todo hombres...

De 45, 50...

Efectivamente.

Hombres de 45 a 50...

Sí. Hombres a partir de 45... Sí.

Pero algunas mujeres sí que habrá pero raras no

OS APRECE QUE SE TRATA DE ALGO TAN MASCULINO

Sí a mí sí, pero no porque sepa sino porque te das cuenta que nunca te relacionan con algo así... es como si me dices que una mujer es minera, vale, claro que vale, pero una la imagen que tiene de los mineros es que son hombres

Es así, yo pienso igual

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Sin embargo, poco a poco, y en algunos segmentos más ilustrados y en mayor conexión con la prevalencia social de las patologías cardíacas, parecería que el estereotipo está transformándose, extendiéndose a otros perfiles sociales. En especial, el estereotipo varonil de la enfermedad cardíaca resulta a día de hoy (probablemente también como fruto directo de las acciones de comunicación de los cardiólogos) cada vez más puesto en duda.

Los discursos corroboran esta tendencia. Así, por ejemplo, el matiz que señala la siguiente cita se repitió en varios grupos: una vez enunciado el estereotipo, inmediatamente se relativiza y se pone en duda, a partir de los cambios en la forma de vida de las mujeres que tienen – y ellas lo saben bien – tantos o más

riesgos de enfermedades que los varones. Esto es una señal importante sobre la duda existente, o dicho en otros términos, sobre que no es tan sólido el principio de no vinculación entre cardiopatías y mujeres ni tiene tanta fuerza evidencial como ellas mismas pueden presuponer en sus propias concepciones.

Hay más hombres que mujeres y de los 50 años para arriba. Pero... antes la enfermedad era de hombres, porque antes la mujer era casa: trabajaba en el hogar y no tenía un jefe, no tenía esas prisas, no conducía... y ahora la sociedad ha cambiado: ahora en los bares hay más mujeres que hombres y si tú te estás tomando un chato ella se está tomando un cubata, si no tienes tabaco ella te ofrece, y vas sumando todo esto. Y la mujer está cogiendo las mismas pautas que el hombre, y los índices de mortalidad están subiendo. Antes la sociedad era más masculina y ahora la mujer ocupa muchos más puestos. Y eso a no querer influye en que también se cogen las cosas malas y no me extrañaría que esta investigación que están haciendo sea porque a partir de ahora tenemos que tener una preocupación más

Si ahora nos vamos de aquí a hacernos un electrocardiograma

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

Como aparece en esta cita anterior y como se observa también en la siguiente, se entiende que es el cambio en las actitudes y pautas de conducta el que está haciendo variar –al variar las condiciones sociales – el estereotipo que se construye sobre los enfermos cardiopáticos. La extensión de un modelo laboral y contextual de estrés y de ansiedad, la rapidez de “la vida moderna”, hace que se extienda el rango de personas que pueden verse afectadas del corazón. Así, tanto “uno del campo” como un “ejecutivo”, hombre o mujer, viejo o joven, podrían llegar a verse afectados

En fin, que según parece del corazón ya se pone malo cualquiera, uno del campo y un ejecutivo. En principio, yo creo que se pone malo quien está más alterado, el que tiene dificultades para resolver los problemas diarios del trabajo, el estrés... Si tú haces las cosas tranquilas, pues yo digo: tengo que tener la tensión más baja de lo normal, la tengo bien. Porque el estrés es muy malo. Así que sería ocupaciones con más estrés, con más problemas que resolver y esas cosas. Yo, por ejemplo, estaba trabajando en lo mío y luego pasé a vender a supermercados, a empresas, y tenías que hacer un trabajo mayor al mes, tenías más estrés y dije que no,

que prefería seguir en la administración de la empresa pero que no quería ese puesto aunque fuera de ascenso, claro un hombre muchas veces no puede hacer eso porque está mal visto, en cambio a mí, como soy chica, me dijeron que vale... eso hace tres años, claro.

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

¿Significa esto, el fin de la estereotipificación de la enfermedad cardíaca? Parece poco probable sin una política de información y sensibilización específica. En caso contrario, la tendencia a conocer a través de estereotipos podría considerarse una constante de la cultura, a la que resulta muy difícil sustraerse. De hecho, probablemente lo que señale la desaparición de los estereotipos alrededor de una enfermedad sea ante todo su pérdida de importancia, una amenaza de pasado y de olvido. Lo que sucede es que el nuevo estereotipo – que comienza a delinearse, que poco a poco alcanza rasgos definidos se está construyendo bajo otros parámetros que no se tratan de sexo y edad, sino que tienen más que ver con caracteres psicológicos. La posibilidad emergente de un nuevo estereotipo, aún no delineado en su totalidad, la encontramos en algunas concepciones femeninas, y notablemente en el grupo de mujeres con sobrepeso. La figura que aquí se perfila es la de una persona emocionalmente excesiva, comprometida de más con su entorno y afectada por emociones que le superan, que no logra dominar. Que esta figura aún muy borrosa llegue a tomar forma estereotipada es algo que no puede asegurarse, pero sí se puede decir que aparece como horizonte tendencial de algunas representaciones en el antecedente del padecimiento cardíaco.

No veo yo que tenga que ver solo con la cosa genital, digo, por decirlo de alguna forma, no veo que sea de los hombres solo porque ahora las mujeres estamos expuestas casi a más problemas que ellos, lo digo en exagerado, pero por todo lo que dijimos y que yo creo que es así, que las mujeres recibimos el peso de la casa, los hijos, estar guapa, ser joven, trabajar, competir, ser divinas, aguantar a los padres, ser políticas, no sé, es un sin vivir de verdad, entonces creo que estamos teniendo más carga por estar excesivamente comprometidas

Es verdad, ahora las mujeres trabajan en todos los frentes mucho más que los hombres

Y lo peor es que nos lo tomamos todo a pecho, nos lo tomamos en serio y no en plan cachondeo y hay que relajarlo porque si no a lo mejor en lugar de ser una

*gorda simpática voy a ser una enferma del corazón
antipática*

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

*Yo lo que veo es que ahora no paramos, lo veo por mi
hija y por mi hijo. El siempre tiene tiempo para irse al
fútbol con los amigos, a tomarse una cañita a mirar el
automovilismo o lo que sea, y ella en cambio, lo mismo
que mi nuera, es que no se dan tregua todo el día de aquí
para allá y si tienen un hueco se meten a estudiar algo, a
un curso, que les digo, oye que la vida es corta... y que
no pueden estar sin parar todos los días del año*

RG N° 2 55 – 65 AÑOS

5.2. La “buena muerte”: comparación entre padecimientos cardiopáticos y oncológicos

En los grupos de discusión realizados, propusimos, de forma deliberada, una comparación de las enfermedades cardiovasculares con las patologías oncológicas y con las enfermedades neurológicas que eran, según ellas mismas, las que reúnen sus grandes temores de enfermedad. Si la ascunción del cáncer resulta hoy por hoy el principal “fantasma” entre las patologías que pueden afectar a las mujeres, hasta el punto de que ha quedado etiquetado casi como “La enfermedad” en lo que respecta a la pérdida de calidad de vida tanto en la enfermedad como en su terapéutica, la emergencia de las nuevas patologías de tipo neurológico – que en ningún caso se las relaciona con padecimientos cardiovasculares – compiten con aquellas por el primer lugar. Cualquier forma de cáncer, aunque son consideradas más graves el cáncer de hígado y la leucemia, son percibidos como La enfermedad del dolor, mientras que las neurológicas, el Alzheimer como bandera, las que cursan sin dolor pero con padecimiento muy alto para la enferma y para su entorno

La comparativa entre las enfermedades cardíacas y las oncológicas nos proporciona, una importante identificación de elementos para comprender la forma en cómo son conceptualizadas. El principal dato que se extrae de esta comparación entre ambas es que, mientras el cáncer resulta el peor de los diagnósticos y la peor de las muertes, las enfermedades cardíacas resultan, por el contrario, la mejor de las muertes posibles, e incluso, la “buena muerte”:

Yo he tenido la experiencia de haber estado con mi hermana [que tenía cáncer] y..., y por eso cuando pensé: “A lo mejor me muero”; pues pensé: “Bueno, no, no... Me apunto a esto”. Quiero decir: que si me tengo que morir que sea del corazón o de algo que tenga que ver con lo cardio que es mucho mejor, es un momento y ... ya así, ¿sabes?

GT 3 45 – 65 AÑOS

Yo creo que si las que estamos aquí pudiéramos elegir, corregidme si me equivoco, la verdad es que todas querríamos algo al corazón que es algo rápido, me imagino que será doloroso, pero un momento, porque te vas enseguida, y entonces yo creo que es lo que quisiéramos todas y no tener que estar sufriendo años,

quedarte calva dos veces, destrozado el estómago, vamos que yo por lo menos, firmo

Yo creo que pensamos como tu todas, no queremos una muerte lenta, si hay que irse, pues mira... vaya tema

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Antes no sé ahora, antes ese la llamaba la buena muerte porque se decía que no sentías nada, por eso cuando se te para el corazón, cuando tienes un infarto te quedas que no sabes nada

Y persona, un cuñado mío que tuvo un infarto y el tío está fenomenal nos contaba una noche, el tío tomándose un güisqui y fumándose un purito, no un puro, un purito, que sentía que había estado del otro lado, que él no lo olvida, que vió del otro lado, pero que no sintió nada

Allí ves, es una cosa impresionante pero claro es como cuando quitas la llave del coche

Muchas gente que ha regresado del infarto que está genial y que dice que no es tanto dolor, que es un momento nada más

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

¿Por qué sucede así, qué hace que se exprese una preferencia por la muerte causada por padecimientos cardiopáticos? Lo primero que llama la atención es cómo en la mayoría de los grupos la cuestión de la muerte no apareció hasta que se convocó al cáncer. La idea del cáncer invoca de forma automática el espectro de la muerte, y no cualquier muerte sino la peor entre todas, algo que no sucede con las enfermedades cardíacas que como se aprecia en la cita anterior, tiene hasta un regreso posible.

No, yo creo que la persona que le dicen que tiene cáncer, me imagino que se le debe de caer el mundo encima o lo que sea porque sabes, dices cáncer igual a muerte [...] al oír la palabra esa ya dices bueno esto es igual a muerte. Te dicen la palabra cáncer y se te hunde todo, la verdad

Es que yo creo que la misma palabra, no sé, como que lo ves negro, en cambio en otras enfermedades...

Y mira que el cáncer ahora ha mejorado mucho y hay muchos que se curan, muchos, especialmente los que son específicos de las mujeres, el de mama y el de útero

Pero sigue siendo la palabra que más duele, la que sabes que será terrorífico

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Es la misma palabra “cáncer”, como a partir de un efecto mágico, la que convoca a la muerte. El temor, que resulta inconmensurable en el caso del cáncer dada su asociación con la muerte, aparece simplemente con la pronunciación del término: “la palabra inclusive”, dicen en este grupo.

Pero lo que has dicho tú, que da más temor aquello [el cáncer] que ...

Es que sí ...

... que lo del corazón.

Se parece más, creo yo.

Y además da más temor más... la palabra inclusive.

GT 2, 55 – 65 años

Yo no quiero ni mencionar esa palabra, en mi casa se llama la innombrable porque hemos tenido tantos casos alrededor y es verdad que se ensaña con las mujeres a pesar de que hacemos tanta prevención y mamografía y de todo

Pues imagínate si no lo hiciéramos, estaríamos todas muertas, o peor, retorciéndonos de dolor si es la cosa más horrible, la peor de las muertes, yo creo que ni a un enemigo se la deseo

Seguro que no hay que ser mal bicho o tener enemigos muy malos para desearles un cáncer, no creo que haya, hoy por hoy nada peor, porque hasta el SIDA han conseguido pararlo un poco, pero a esto no. Es como que viene porque se le antoja y no se va....

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

La mención del cáncer, resulta, pues, casi prohibida. Esta aprensión ante la propia palabra apareció en la mayoría de nuestras interlocutoras, y señala tanto a la dificultad personal de enfrentarse al diagnóstico (que resulta así terrible cuando remite al cáncer, como tranquilizador cuando, por el contrario, se dirige a enfermedades cardíacas o de otra naturaleza diferentes a lo oncológico) como, en ocasiones muy frecuentes femeninas, a la presentación ante los demás. Porque estas mismas mujeres señalan que muchas veces se oculta, se rehúsa

incluso, nombrar la enfermedad. Hay, pues, una represión verbal en el tema del cáncer que responde al miedo que provoca y a una cierta “vergüenza” social que, como veremos en el siguiente apartado, está totalmente ausente en el caso de las enfermedades cardiopáticas que en su inverosímil asimilación, parecen tener algo de épico y heroico, aunque no se sepa muy bien por qué.. Aquí podemos ver cómo se manifiesta esta fortísima aprensión a reconocer que una de sus hijas tuvo cáncer y la ocultación que se produjo de la enfermedad en su entorno social, mientras que no existió ninguna dificultad para hablar de la cardiopatía de su marido:

A lo mejor nos salimos un poco del tema, pero decir la palabra “cáncer” es que es... Es que casi nunca lo digo lo que tuvo... [...] Es que lo del cáncer..., que tendrá [soluciones], y las está teniendo, y muchas; pero es una palabra muy dura. [...] Lo he dicho a la gente así..., más conocida sí, por supuesto; pero a vecinos, a tal que te preguntan, que te marean, pues la verdad que no te apetecía... Y yo lo he dicho a toro pasado.

M- Bastante duro es.

Yo lo he dicho a toro pasado porque es que te aburren de dar explicaciones, de tal, de cual... Y oye, la cría es una chica mayor y oye, a lo mejor a ella la apetecía, o no la apetecía decirlo. Pero la angina de mi marido, hombre son cosas que pueden pasarle a los hombres y no te da resquemor, pero la verdad es que cuando lo piensas dices, vaya tontería, pero sí fue así

RG N° 4 55 – 65 AÑOS ZONA RURAL

La primera diferencia radical, entre cardiopatía y padecimiento oncológico es la perspectiva ante la que se sitúa el enfermo y su familia según los diferentes diagnósticos. Ante el cáncer, se dice en un grupo, “*te tienes que preparar ya para la muerte*”: porque éste supone administrar la muerte y como llegar ante ella, mientras que el infarto (gran mal metafórico de los padecimientos cardiopáticos y éstos en función de las enfermedades cardiovasculares), es administrar fundamentalmente la vida. De lo que se trata, - como se expone extensamente en la siguiente cita -, es de la diferente perspectiva de vida con cáncer o con cardiopatía. El cáncer (incluso, como aparece en la cita, “*aunque no te lo digan a ti*”) sitúa a la persona en una perspectiva temporal reducida (“*éste no pasa de...*”) y además, ante una más que probable lucha cruenta contra él. Un padecimiento cardiopático, más allá del origen del mismo, ya sea genético o sobrevenido por malos hábitos, o por falta de prácticas equilibrantes

de esos mismos malos hábitos, , y por muy grave que resulte la patología (“*hay gente a la que le abren el corazón en mil pedazos*”), parece tener un tratamiento sencillo (“*no tienes más que...*”) y sobre todo, una perspectiva temporal de vida mejorada, nunca empuñada

Hay un hecho fundamental: depende de la perspectiva que te pongan por delante. Si te diagnostican un cáncer y te dicen: “psss”. Bueno, a lo mejor no te lo dicen a ti, pero se lo dicen a la familia. Le dicen: “Éste no pasa de tres meses”; o: “No pasa de dos años”. Es eso, claro, te pone... Ante eso te tienes que enfrentar de una manera... En cambio ahora te abren el corazón en mil pedazos y te dicen: “Mira, y ahora a caminar... No tienes nada más que cuidarte, ¿eh? Cuidarte y pasarte control, y tal, y no sé qué, pero el camino lo tienes aquí mejorado. Si cuidas que no te vuelva a dar el infarto porque cuidas tu colesterol, si llevas una vida más o menos..., y procuras que esto vaya bien... lo sé porque es lo que le pasó a mi hermano, y allí va el tío fumando de vez en cuando, tomándose un whisky cuando le apetece, como nuevo, ha vuelto a vivir. Por eso son incomparables”. Dices: Pues... Entonces eso te da una perspectiva

Pero ¿qué sucede si la perspectiva, -aunque sea imaginaria - es la de situarse ante la verdadera posibilidad de la muerte por una cardiopatía o alguna deriva cardiovascular? A pesar de resultar evidente que el corazón no parece colocar a las mujeres en la perspectiva de la muerte, lo cierto es que es posible –y nuestras interlocutoras - lo saben. En el umbral primero de la reflexión aparece la posibilidad de que los padecimientos cardiopáticos, o alguna de las expresiones cardiovasculares menos conocidas en sus efectos finales como Ictus, Tensión Arterial, Embolias, etc. pueden llevar a la muerte. ¿Cuál es entonces lo que diferencia a la muerte cardíaca de la muerte oncológica? En primer lugar, la temporalidad extrema entre un tipo de padecimiento y un tipo de muerte: el corazón es súbito, el cáncer es lento.

De verdad, toda la vida lo he dicho entre un cáncer y un infarto, o una embolia terminal que le dicen, vamos no hay duda, por mi parte, ninguna duda. Que se acabe todo lo más pronto posible. Mira ya tengo sesenta y tres años y entonces, qué te queda por pensar que la vida casi está hecho, diez o veinte años más, claro que los quiero, pero siempre que esté bien que pueda disfrutarlo que no le dé la paliza a nadie, entonces sí, allí estaré yo para vivirlo pero si no, prefiero una buena muerte súbita que le dicen y te vas tan ricamente

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

De las cosas que le han pasado a mi familia que la verdad hemos tenidos muchos casos porque éramos una familia de mucha gente de aquí de la zona, mucha gente en el anís y en trabajo en la oliva, pero de todas, las peores, las que más sufrieron ha sido por el dichoso cáncer, de verdad, mi madre, mi hermana mayor, todas ha sido terribles y un cuñado también y primas

Lo que pasa es que el mal del siglo anterior, decían y que no puedan descubrir algo para curarlo yo no entiendo...

Es que de verdad, yo siempre he dicho en casa que si me toca un cáncer, prefiero que me den algo que me haga un infarto, que me dé algo al corazón y quedarme, pero a mi lo de sufrir, de verdad que no, por eso me dicen que soy muy cobarde, pero yo más que de morirme lo que me da palo es pensar en sufrir, no tengo cuerpo, que no, que no, que prefiero que se me pare el corazón, de verdad

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

Sin embargo, como es obvio, el pensamiento de la muerte es en sí mismo traumático para estas mujeres como lo es para la mayoría de los mortales, al menos en nuestras culturas de Occidente. La simple mención de la palabra cáncer (que es igual a muerte) aterroriza; la perspectiva de ir a morir (de pensar que uno va a morir) es un elemento terrorífico que paraliza tanto por lo desconocido de la muerte como por lo difícil que sea el tránsito. Una de las ventajas esenciales de los padecimientos cardiopáticos, entonces, es que al suceder de forma súbita no cabe reflexión ni vivencia previa de la muerte, lo cual parece atemorizar en mucho mayor grado que la misma muerte

Quizá una diferencia también importante entre las enfermedades del corazón y las del resto es que el resto da algo de tiempo para..., iba a decir, para morirse. Y la del corazón normalmente ...

Sí, pero depende del tipo de ...

Depende... (¿?)

Pero eso tampoco hay que verlo como un inconveniente.

Ya, ya, no, no, si es casi una ventaja.

Tu piensas que el corazón, primero es muy difícil que te mueras y si lo haces, lo haces sin conciencia

RG N° 6 – 55 / 65 AÑOS

Así, lo súbito supone una ventaja casi total respecto del tormento que implica una enfermedad oncológica: en primer lugar, permite no enterarse de la propia muerte, aspiración extendida en la mentalidad de hoy tanto entre mujeres como, seguramente, entre varones. Pero, también, porque la imagen de una muerte progresiva, no repentina, invoca en nosotros la idea de un lento y doloroso proceso de incapacitación: no “enterarse” supone, entonces, librarse de ese deterioro. Lo cardiopático, o como ellas mismas dicen “*el corazón*”, por lo repentino, es “*una muerte dulce*”:

Me enteré de un caso, 80 años, que empezó el marido, se movía: “Mari, ¿qué te pasa? ¿Qué te pasa?”. “Parece que tengo frío. Parece que tengo frío”. El hombre: “Parece que tengo frío. Parece que tengo frío”; que se había muerto la mujer. Fue a tocarla y estaba fría y ni se había enterado.

Ni se había enterado.

Te quiero decir que para el que muere, a muerte del corazón es muerte dulce.

Es muerte dulce

GT 3, 45 – 65 AÑOS ENFERMAS CRÓNICAS

Y es que las cardiopatías, a diferencia cualquier cáncer no son percibidas como enfermedades incapacitantes, ante todo por su brevedad “*es más una cosa que es más breve, que no te incapacita para pensar*”, a diferencia de las neurológicas que desposicionan la identidad del sujeto y la posible soberanía sobre sí mismo, o las oncológicas cuyo proceso de deterioro implican una doble incapacitación: la enfermedad resulta agresiva, dolorosa y lenta, pero lo mismo sucede con su terapéutica. Es el propio tratamiento, como en un espejo deformante, el que resulta doloroso y agresivo, el que provoca tanto o más rechazo que el mal. Sin embargo, como ya hemos señalado, los temas “*de corazón*” se plantean como una opción dicotómica simple (“*o te curas o te mueres*”), sin situaciones intermedias dolorosas, lentas, desgastantes, indignas...

El tumor..., pues me da miedo porque es mucho más agresivo, mucho más peligroso. El tratamiento es más agresivo y más peligroso también

Peo en cambio el corazón es más limpio, o te curas o te vas, pero no te quedas turulu y sobre todo no sufres

Yo siempre lo he pensado, ojalá si llega el final y estoy con la cabeza para entenderlo, yo no quiero sufrir, si me voy, me voy

Hombre claro, es como hay que ser, de forma digna

RG N° 2 45 – 65

En definitiva, el corazón resulta asociado a la idea de la “buena muerte”, de la “muerte dulce”. Las características (reales o supuestas) que se asocian a esta forma de morir (carácter repentino, brevedad, ausencia de dolores) se corresponden de forma nítida con la actual imagen ideal del morir, con la muerte “aspiracional”, mientras que el cáncer resulta el modelo de la “muerte horrible”, llena de sufrimiento físico y emocional, sosteniendo y soportando el deterioro hasta el último momento.

Por ejemplo yo me acordaba mucho de una hermana que también se murió de cáncer, Tengo un hermano que murió del corazón y una hermana que se murió de cáncer; y ella sí sufrió mucho. Y yo claro, yo creo que no tiene nada que ver. O esa... Te dicen que tienes un cáncer y que bueno, pues que lo tienes crudo..., o lo ves tú que lo tienes, porque a ella tampoco se lo dijeron así, y eso es mucho más doloroso, porque primero tardas meses en morirte, pero te encuentras fatal, tienes dolores, tienes... te pasan unas cosas horribles... En cambio esto del corazón es una cosa limpia, no te tienen que abrir... Bueno, por lo menos a mí hermano no lo han tenido que abrir. No sufrió físicamente, no... Se murió en unas horas... No tiene nada que ver es mucho más limpio, me entendéis que digo con limpio?

Claro mujer, no te vamos a entender

GT N° 3 45 – 55 años

Esta imagen de lo cardiovascular, con epicentro en lo cardiopático la “muerte dulce”, la “buena muerte” que provee “el corazón” interviene de forma decisiva para que se relativice, en gran medida, la gravedad de las enfermedades cardiopáticas y por extensión las cardiovasculares – éstas últimas por menos identificadas como tales en el colectivo de mujeres - , o más incluso que la gravedad, destaca la importancia estratégica de la indeseabilidad de otras patologías que promueven más temor como las oncológicas y las neurológicas. Y es que las enfermedades del corazón no aparecen en la percepción de las

mujeres como enfermedades “indeseables”: de hecho veremos cómo existe una cierta percepción casi *nobiliaria* en la cardiopatía.

5.3. Las enfermedades del corazón como enfermedades “nobles”

El primer dato de que las cardiopatías tienen ese este carácter “nobiliario” (es decir, que marcan casi un privilegio antes que una condena, pues señalan a personas importantes) lo podemos encontrar en la diferencia verbal que ya hemos señalado con el cáncer. Mientras la palabra “cáncer” se rechaza e incluso se reprime y oculta la condición frente a los demás, el corazón no resulta vergonzante. Contar el episodio que se ha pasado, en ocasiones incluso caer en el “exhibicionismo”, es algo que respecto del corazón no se toma mal.

De verdad, es que lo de mi cuñado es muy fuerte porque lo puede contar sin ponerse nervioso, y te da detalles y dices bueno ya que acabe porque igual se pone mal, de decirlo y él que te dice, qué va... si es una de las mejores experiencias de mi vida, no ves que he vuelto a nacer

En la tele se ve muchas veces que la gente es reanimada después de estar prácticamente...

Si, si, en muchas ocasiones, no recuerdo aquella película que el Travolta le clava a una chica un punzón para darle la vida y se lo clava así en el corazón

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Así que la ocultación supersticiosa, o al menos el principio de impresentabilidad que lleva a negar el cáncer no se aplica de ninguna forma a los riesgos o fenómenos cardiopáticos: de éstos se puede hablar. Y es que los estereotipos de enfermo cardíaco a los que hemos hecho referencia carecen, a diferencia de lo que tienen otras enfermedades, de elementos estigmatizantes. De forma totalmente opuesta a enfermedades con una carga simbólica y estereotipada destructiva, por su desviación social (pensemos en el caso más extremo de una persona homosexual o una persona drogadicta que padece SIDA), los estereotipos del cardiópata apuntan, por un lado a la normalidad social, es más, al exceso de integración y participación en la realidad y por otro, a quien marca la norma de los modelos culturales del deber ser social: los perfiles masculinos y de mediana edad, hiper responsable, dinámico, sobrepasado por el peso del ejercicio de sus funciones . El estereotipo, en cuanto a sexo y edad, apunta a un

perfil social normativo y legitimado, modelo integrador, incluso ante estos colectivos de mujeres adultas.

Pero, aún más allá, los componentes de clase del arquetipo de cardiópata que rige actualmente (el ejecutivo, el directivo, el político...) señalan otros elementos socialmente prestigiosos: la cardiopatía, y sobre todo, la forma más conocida como es el caso del infarto, resulta ser el malestar o el peligro de “*quien tiene que tomar decisiones importantes*” Esa supuesta importancia de la actividad, de su quehacer, sea el que fuera, que desarrolla el infartado se contagia a su persona: lo importante no es lo que hace, el importante, en definitiva, es el sujeto. Y seguramente por este discriminante de género que trabaja implícitamente en la sociedad toda, es decir en la cultura y desde ella en las instituciones, difícilmente se trate de una mujer, ya sea desde la percepción de ellas mismas, como desde la mirada de las instituciones de la medicina.

Seguro que habrá mujeres, si ahora hay mujeres en todas partes, claro, en todo en donde te metas las mujeres estamos allí y a mi me parece requetebién, pero esto de estar mal del corazón yo siempre lo asocio con esos que tienen que estar a mil por hora y que no paran ni para ver a sus hijos y esa es la imagen que me viene a mi a la cabeza

Suele ser así, por lo menos así te lo presentan

Y luego otra cosa, nunca te mandan los médicos a hacer un electro. ¿a vosotras os envió alguien a un electrocardiograma?

A mi porque me tenían que operar

A mi nunca, pero a mi no me han operado, esa es la verdad, por suerte no tengo operación de nada, de nada

Pero a los hombres sí, a mi marido cada vez que le hacen una revisión, le controlan el corazón lo cual quiere decir que ellos deben tener mucho más riesgo que nosotras.

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Este carácter positivo del estereotipo se añade a los factores del trato social hacia los cardiopatas (el extremo cuidado y las pródigas atenciones que se les dispensan), de tal modo que la consideración social del cardiópata se aproxima, en cierta manera, a la de alguien “privilegiado”. En línea con esa importancia o privilegio, que oscila entre lo auto-atribuido y lo reconocido por los demás, aparece de forma semi-velada una de las temáticas que también surgió en diferentes grupos, la diferencia entre medicina pública y privada. Pero en este

caso, la argumentación se centra en que los tratamientos son caros, y sobre todo, los sistemas que se implantan, *lo que se lleva dentro*, resultan de precio excesivo. Ser portador de un aparato o mecanismo que cuesta más de treinta mil euros incide aún más en ese carácter privilegiado o “nobiliario” de la enfermedad cardíaca

Eso supone que...

Y medicación para toda la vida.

¿Qué va a pasar...? Y la medicación muy cara además.

Muy cara además.

Muy cara. Muy cara, o sea de..., de una caja de pastillas, o sea, costarte..., o sea, un dineral.

El último chip que le han implantado vale más de treinta mil euro

Sólo el aparato.

Sólo el aparato.

Más la intervención, los otros...

Madre del amor hermoso

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Otra forma, ligeramente diferente, de esta misma importancia o privilegio que rodea las enfermedades del corazón, la encontramos en una participante, enferma congénita de un soplo cardíaco de carácter leve. De su testimonio se desprende que durante su adolescencia y juventud llegó a “sentirse especial”, debido al hecho de tener esa enfermedad, rara, curiosa, interesante (pero destacando la ausencia de consecuencias incapacitantes y, por tanto, la ausencia también, de rechazo por parte de su entorno).

Al principio, claro, te sientes un poco especial, porque dices: “Uy, fíjate lo que me pasa, no sé qué, no sé cuántos”, ¿no? Pero después...

PERO TE SIENTES ESPECIAL.

Sí. Porque tienes una patología un poco rara, ¿no?, un poco... Yo era muy niña,

ME PARECE CURIOSO ESO DE QUE TE SIENTAS ESPECIAL, ¿NO?

Pues hombre, porque yo qué sé, es como una cosa como: vas al médico, te atiende un cardiólogo, que es así como muy..., ¿sabes? Todo..., sobre todo antes. Ahora está

todo más normalizado, pero antes era... Me imagino hace cincuenta años o así, tu eras como una niña de otro planeta...

Te creo porque mi hermano que tenía una malformación sin mayores consecuencias, era el niño mimado de la familia...

Pero más si eras una niña eras una cosa muy especial

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

De esta forma, la enfermedad no es valorada como una dificultad, como un obstáculo para una vida normal, sino como algo que lleva a sentirse especial. Es decir, no se ha construido una cardiopatía como una enfermedad, sino como una posesión. La enfermedad vuelve “interesante” a la persona, le permite afirmar en su diferencia, en su peculiaridad y la diferencia se produce por dos canales convergentes: se trata de una cardiopatía, pero además le sucede, de manera original, a una mujer :

¿TÚ PIENSAS EN TI MISMA COMO ENFERMA?

No. Sí sé que es una enfermedad, pero no lo tomo así como que estoy mal. Tengo ahí algo que a lo mejor algún día me dicen que hay que quitarlo, pero no pienso en mí como una enferma-enferma. [...] En el colegio, de pequeña, no lo decía. No sé, siempre he sido introvertida.

¿Y ESO POR QUÉ, PREFERÍAS QUE NO LO SUPIERAN O QUÉ?

No era eso, es que era algo mío y a los demás no le importaba. No porque fueran a pensar mal de mí, no sé. Porque no querría o algo, como es una cosa tan rara

Pero tampoco es una cosa como si contagiaras,

Ya, pero cuando tienes algo tan particular en una mujer prefieres callarlo

5.4. La relativización de la gravedad de las enfermedades cardíacas

Todo lo que venimos señalando en este capítulo, en especial la comparación con el padecimiento oncológico y nuestra interpretación de lo cardiopático mismo como concepción “nobiliaria”, apuntan hacia una relativización, en el imaginario social, - y en el femenino que nos ocupa – acerca de la gravedad revestida por lo cardíaco. Esta relativización aparece de forma nítida, cuando se refieren a ella de forma autónoma, es decir cuando ya no la comparan con otros padecimientos y declaran que “*Todas las enfermedades del corazón han dejado de ser graves gracias a los avances alcanzados*”.

Claro, pero todo parece que fuera por comparación esta más y esta menos, yo con el problema de toda la vida del sobrepeso porque creo que es genético porque a mi padre le pasa igual, la verdad, si de una cosa no tengo miedo es de una deriva hacia algo del corazón, aunque sea colesterolémica, os digo la verdad, es que es tanto lo que se ha avanzado que todas las enfermedades del corazón han dejado de ser graves gracias a los avances alcanzados”.

Es verdad, fijaros que antes eso que te hacen que es lo de las planchas...

Ah sí, desfibrilación o algo así

No sé si visteis en Barajas que ahora lo ponen allí lo mismo que un extintor y si pasa algo, lo coges y lo planchas al otro, tu o quien sea

Yo preferiría no hacerlo, la verdad

Yo tampoco pero resulta que tus hijos y los míos, ya lo harán sin problema

Porque allí la ciencia ha crecido una barbaridad....

GT N° 2 45 – 65 AÑOS

Podríamos interpretar, entonces, que las cardiopatías tienden a considerarse en la actualidad como enfermedades que “*tampoco son tan peligrosas*”, y que por tanto no causan, en quien recibe un diagnóstico tal, una “*sensación de gravedad ni de peligro*”,

Mi marido nunca tuvo sensación de gravedad ni de peligro, ni tenía síntomas que indicaran que tuviera un problema serio, ¿no? Y la verdad es que no lo viví, ya os

digo, realmente como algo importante ni algo serio, ni algo que iba a ser trascendental en nuestra vida; para nada. Nunca me imaginé yo que iba a llevar en ese sentido el camino que después va marcando la vida [...] También te digo una cosa, la enfermedad del corazón es que tampoco es peligrosa. Si tú te cuidas bien... salvo que realmente tengas una patología muy, muy, muy grave, entonces sí; pero si tienes una patología normal, como es su patología, pues una válvula mitral cambiada... y con eso vive estupendamente

Ya ves, es que lo que resulta impresionante es que alguien tenga una cosa grave del corazón, sí te enteras de gente que está medicada, pero al final le dan el síntrón antes de que se haga muy mayor y ya está. No tiene comparación con otros casos, yo desde luego si tengo que firmar por un mal, que sea ese y si hay que morir de algo, pues más

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

Yo antes, mi abuelo tenía problemas del corazón y se murió de eso, y ahora ya casi nadie sabes que se haya muerto del corazón

Los trasplantes, son una cosa fabulosa, desde luego, son algo grande porque no te imaginas nunca que se pueda sacar el corazón del cuerpo y poner otra cosa, no, no, es una cosa grande

Pero en mi país todavía sabes de gente por la altura y por los fríos de la montaña que lo pasa mal, incluso hay una enfermedad de Chagas que afecta al corazón, pero aquí no conozco a nadie que tenga algo que ver con problemas de corazón, yo creo que casi no hay, y menos entre nosotras

RG N° 7 INMIGRANTES

Como hemos señalado en varias ocasiones a lo largo del informe, hay un elemento relativamente paradójico en este descenso de la consideración de gravedad de las enfermedades, y especialmente las cardíacas y es precisamente, el éxito de la atención médica en el tratamiento de estas situaciones en tanto factor principal que hace que se haya pasado a considerar casi “leves” las enfermedades del corazón – y sobre todo el infarto, imagen prototípica de las enfermedades cardíacas. Es, entendemos, fruto del propio éxito de la cardiología (“*ha disminuido mucho los fallecimientos por infarto*”, se dice en uno de los grupos de discusión), pero también de la extensión del

mismo en los medios de comunicación, tanto en propuestas de telerealidad como de ficción

CLARO, PERO, DECÍS EL INFARTO PORQUE OS PARECE QUE ES, QUE ES UNA COSA MUY GRAVE.

Ahora ya no. Claro, ahora ya no.

COMO QUE AHORA YA NO?

Es que antes era una cosa, chás, te quedabas... ahora te reaniman, te meten catéteres, todas esas cosas que se ven en la tele, en documentales y en series, que hay gente que tiene un infarto de diez minutos y resulta que después la reaniman

Esa gente después te dice que ha tenido un viaje, ojo, que han pasado al mas allá y algo han visto, o algo saben... o no sé

Es que ha disminuido mucho el fallecimiento total por infarto

RG N° 2 45 – 55 AÑO

Ahora ves en House, en la de Grey, en todas esas que la gente lo menos importante es que tenga algo al corazón

Pero son series

Sí pero están basadas, no en hechos reales pero sí en casos clínicos, no creo allí que las cosas que dicen no sean ciertas, vamos, que si dicen que hay que hacer tal cosa para tal

Bueno Hause te abre siempre la cabeza

Sí o te hace una punción lumbar, pero con el corazón jamás hay problemas, como no lo hay con unas anginas, si con las drogas, con las bacterias, con el cáncer, pero no con el corazón

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Lo señalábamos al comparar las cardiopatías con las imágenes del padecimiento oncológico, se ha separado la representación de las enfermedades del corazón de la idea de la muerte, de la misma forma que se ha separado lo neurológico de lo cardíaco. Hay una cierta convicción sobre que “*la gente ya no muere del corazón*”, o para ser más precisos, que se trata de una enfermedad no necesariamente mortal, pero que si lo es, si sucede, es por “descuido” u “olvido”

del afectado y en todo caso, que se trata de una de las mejores muertes posibles.

Es muy raro que se muera una persona del corazón, a menos que te olvides tú: que te dé un infarto y luego estés bebiendo, o pensando que no te puede volver a pasar

O sea que si algo te pasa es porque te has olvidado de lo que te sucedió.

Y si te olvidas, oye, eso será bueno, será que estás bien y si luego te mueres de un infarto, pues, mira... es un momentito, y ala, pa la otra vida

RISAS

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Consideramos que en esta relativización de la gravedad de las enfermedades cardíacas, resulta absolutamente central la extendida convicción de que las enfermedades del corazón no resultan incapacitantes. La incapacidad, ese fantasma femenino contemporáneo que fuerza a una realidad de dependencia y que impide la “calidad de vida” del despliegue heterónimo de las mujeres aparece como un diagnóstico mucho más terrible que la muerte, sobre todo si ésta es reflexionada como un instante, como una experiencia de no dolor, como una posibilidad de no tener padecimiento, ni por supuesto, hacérselo tener al entorno. La conciencia de que las cardiopatías no conllevan de por sí una incapacidad (su consideración puntal, que ya señalamos, ahonda en esta idea) las hace situarse en un espacio mucho más positivo, de menor gravedad, como puede verse en la siguiente cita.

Creo que no, creo que hay enfermedades más desagradables, temas de huesos, que esos son muy dolorosos y muy pesados para...

La artritis, el reuma, el...

Eso es horroroso.

Eso tiene que ser horroroso. Horroroso, sí. Vamos, vamos a tocar madera pero...

Que son desquiciantes ¿no?, que te limitan mucho. Eso... El corazón en principio vas caminando: pun, pun, pun

Y si no caminas, te entierran y ya.

GT N° 5 55 - 65 AÑOS

Frente a esta deflación en la percepción de la gravedad de las enfermedades cardiopáticas, aparecen dos posibles interpretaciones: una positiva y otra más suspicaz. La interpretación positiva subrayaría cómo esta percepción, respondiendo al propio éxito de la cardiología y de la medicina al afrontar las enfermedades cardíacas, mejora la vida de los cardíopatas: hace descender su terror y su miedo y les sitúa ante una perspectiva vital de expectativas positivas. La interpretación más dubitativa apunta, sin embargo, hacia el riesgo de “banalización” de las dolencias cardíacas implícito en esa percepción femenina claramente descendente en el índice de gravedad, y haría especial hincapié en el peligro de una confianza excesiva en la (casi) inocuidad de las enfermedades del corazón, lo que parece conducir a un descuido de la prevención tanto primaria como secundaria por parte de ellas mismas, pero también de las áreas médicas que les supervisan, les tratan, les acompañan. Desde nuestro punto de vista, ambas interpretaciones han de ser tenidas en cuenta, de tal modo que se intente preservar los contenidos positivos (sobre todo en la psicología de la sociedad) a la vez que se debe prevenir un hipotético “descuido” social por parte de las instituciones sanitarias, que parece considerar médicamente resuelto un extendido problema de salud transfiriendo a la responsabilidad individual la preventiva necesaria frente a los factores de riesgo.

VI.- LA RACIONALIZACIÓN DE LOS MOTIVOS POR LOS QUE UNA MUJER ENFERMA

La comprensión y racionalización de los motivos por los que una mujer enferma resulta un elemento fundamental para la potencial proyección interpretativa de una patología, al menos aquella forma de interpretación que surge y se afianza en los discursos sociales y cuya fortaleza debe ser comprendida como una de las partes substanciales de los elementos confortantes, a priori, para cualquier política preventiva. Dicho en otros términos, buena parte de la angustia que puede provocar el temor a la muerte y a la enfermedad, parece encontrarse originada no tanto por la necesidad de responder a la pregunta *por qué* un determinado malestar sucede, sino, más exactamente, qué es lo que lo provoca. La clara insatisfacción con los motivos corrientemente aducidos para contraer una enfermedad cardiovascular (o más exactamente, cardíaca dada la centralidad metonímica del órgano del corazón) en las mujeres interlocutoras, resultan insuficientes "... *no eres fumadora, no bebes, haces una dieta que no comes grasas a punta pala, no tienes azúcar, no tienes colesterol...*" Por lo que, si no hay razones, lo que se articula es una negación o denegación de posibles males, o de posibles riesgos. Así, resulta evidente que tienden a ponderar la aparición de una sintomatología patológica hacia el azar, hacia lo imprevisible, hacia lo inespecífico de una supuesta causa, todo lo cual influirá también en la imprecisión con que se vive un tratamiento terapéutico y mucho más, aún, la baja motivación para una estrategia preventiva general y particular. En efecto, como señala la siguiente cita, esa falta de razón explícita, impide afrontar alguna acción preventiva: ("*¿De qué me voy a cuidar?*").

Que es que vas sumando puntos y dices: Es que no tienes ningún... Porque cuando dices: eres fumadora, bebes, haces una dieta que comes grasas a punta pala, tienes azúcar, tienes colesterol... Es que tienes todos los puntos para que te dé. Pero si tú esos puntos no los tienes,

entonces, ¿por qué te ha dado? Porque sí, porque de algo hay que enfermar, será por eso digo yo, porque poco importan que tengas una vida superordenada en todo, que, que te acuestes a las tres de la mañana, fumes, o hagas lo que sea con tu vida

A ver... Todo el mundo cuando te da algo te dice: "Cúidate"; y yo me da una rabia, pero rabia, ¿eh? De decir... Llegar a casa y me decía mi marido y mi madre y mis hijos: "Cúidate..., cúidate... ¿De qué me voy a cuidar? ¿De qué? Si me he cuidado más que nadie".

Y es que, más allá de los motivos estrictamente orgánicos, científicos, verificables "racionales" que explican una patología y los motivos médicos por los que alguien, especialmente una mujer, enferma, y más aún si lo hace de una patología cardiovascular sigue existiendo una necesidad ontológica de atribuir causas que se construyan como un relato que funcione a modo de una teodicea (una justificación moral y global que dé cuenta suficiente de la existencia misma de la enfermedad). Un intento de dar sentido (lógico, biográfico, y en muchas ocasiones, también ético) a la enfermedad, al sufrimiento, e incluso, a la muerte. Un sentido que no siempre la medicina es capaz de alcanzar: la epidemiología "profana" aduce razones y discursos que interactúan con los motivos "oficiales", que los integran, pero también trabaja con significados propios, reorganiza y resignifica concepciones científicas, como la probabilidad, la lógica estadística, el azar o la herencia genética para poder alcanzar narrativas de explicación.

Dependiendo de la forma en la que se identifiquen, perciban y reconstruyan los motivos que causan las enfermedades llamadas del corazón, las mujeres actuarán de una u otra manera respecto de ellas, La atribución causal de patologías cardiovasculares reviste así un interés central para la prevención y educación en sanidad, para acercarnos a las formas sociales de percepción de las enfermedades cardiovasculares y para poder plantear en consonancia, acciones de comunicación y de prevención.

6.1. Los motivos por los que se enferma del corazón

Consultamos a las mujeres interlocutoras de los grupos de discusión realizados, por una serie de factores de riesgo, o más coloquialmente expresado, por aquellas circunstancias, o prácticas y/o hábitos asociados a las enfermedades cardiovasculares, (que inmediatamente traducen para sí mismas, como enfermedades del corazón) entendiéndolas como posibles bases del riesgo o motivo de la aparición de una patología. Lo más relevante parece ser la centralidad e importancia, atribuida a los aspectos emocionales y relacionales que tanta valía implican y que sostienen la identidad femenina, los aspectos emocionales y afectivos. Es decir que una vez más, aquel primer capítulo de este mismo informe que intentaban centrar la relevancia estratégica que para las mismas mujeres representa su “yo relacional” así como su concomitante capacidad de heteronomía, vuelve a situarse como un factor hegemónico cuando les enfrentamos a una temática que en ningún caso consideran de especial relevancia en ellas, las patologías cardiovasculares. De hecho, a modo de expresión muy asertiva, podríamos decir que emergen los tres aspectos ya señalados y que las mujeres consideran propios de la condición femenina: estrés, depresión y problemas emocionales, frente a los cuales, como veremos en las mismas citas que siguen, no parece existir prevención ni siquiera tratamiento específico

Qué puedes hacer? No puedes dejar de ser como eres, yo tengo sesenta y dos años, comprenderás que a esta altura de la vida no voy a pasar de mis hijos, de mi marido, no voy a dejar de cuidar a mis padres, es que los tengo a los dos, uno con noventa y tres años y mi madre con ochenta y siete, que vamos a hacer, hay que poner el pecho y tirar para adelante

Eso nos pasa a todas mujer, es así, yo no quisiera estresarme, tu tampoco, nadie quiere, pero con los tiempos que corren que haces, no somos la duquesa de Alba, de verdad, lo que tu dices, te estresas, te deprimes, todo, todo puede ser causa de una enfermedad

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

No veo yo ninguna forma de evitar que una se lo pase ansiosa toda la semana

Tu tienes alguna forma

POR QUÉ CREES QUE YO TENGO ALGUNA FORMULA

No como nos pides que hablemos del miedo a las enfermedades, yo miedo, no. Yo lo que tengo es que vivo con una ansiedad constante que no puedo evitar y no lo puedo evitar porque son tiempos difíciles, en mi familia ya lo eran antes de la crisis, yo me separé de mi marido hace varios años porque era un hombre violento, nunca hubo violencia conmigo, pero bueno y mis hijos ya se han separado (...), y uno está en casa y nos llevamos fatal, todo el día a los gritos y además se ha quedado sin trabajo, o sea, que la ansiedad es lo menos que puede darme. Ahora pregunto yo:¿ alguien me puede decir que no me ponga nerviosa, que no esté ansiosa?

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Para la gente que hemos tenido que dejar nuestra tierra y nuestra familia, la tristeza y los nervios están todo el día con nosotros, de día y de noche porque yo tengo que trabajar para mi y para mi familia, y lo hago en una casa que son buena gente la verdad, pero mi marido se quedó en el paro, trabajaba en la construcción, mi hijo en una cafetería también en el paro y yo lo que gano lo tengo que mandar un poco a mi país porque allí tengo dos hijos, entonces, qué me decís?

Nuestra vida es muy mala, muy de problemas, los papeles, todo, a mi la médica del centro de salud me ha dicho que no debo ponerme nerviosa porque algo tengo al corazón que me tienen que hacer pruebas, pero como quieres tú que no me ponga nerviosa si todo está como está... antes había trabajo y no había problema, bueno había otros, pero no sé como no ponerme ansiosa como dice ella, me mandó pruebas y al especialista... pero no creo que puedan curarme

RG N° 7 INMIGRANTES

También interesa destacar cómo, en estos “primeros puestos”, aparecen factores que, aluden a la anatomía de las mujeres como una carga de la que debe hacerse cargo mientras funciona correctamente, pero más aún, cuando deja de funcionar

Mi madre era gallega y era muy simpática y con buen humor siempre y nos decía, a mis hermanas y a mi... Manda... ya sabéis, que primero porque eres mujer en tiempo de poderío te pasa lo que te pasa, y luego cuando

se marcha que te crees que vas a estar mejor, pues es cuando empiezan los problemas, cacharro de cuerpo, decía ...qué risas!

Pues tu madre tenía toda la razón porque por una parte mucho más dadas a sufrir, a estar en plan de mujeres al borde de un ataque de nervios, y si eres de temperamento tranquilo y así, pues del cuerpo no te libra nadie

La anatomía femenina es un milagro que se mantenga y no nos mande a la tumba antes, perdona si piensas todo lo que le pasa a lo largo de la vida, es demasiado, de verdad, pensarlo un poco

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

Por último, el cuarto de los aspectos que señalan como posibles causas de proclividad a las enfermedades cardiovasculares (y una vez más hemos de aclarar, a las enfermedades cardíacas) es la predisposición genética que, sin embargo la sitúan muy retrasada en el orden de factores toda vez que se trata de una caracterología peculiar y en ningún caso un genérico de las mujeres.

¿Cómo ordenar y comprender los diferentes factores y la importancia que se les atribuye? A lo largo del próximo apartado trataremos de acercarnos a ellos, partiendo de que hemos generado dos alternativas, dos oposiciones, que nos permiten situar los motivos y las formas de comprender causalmente las enfermedades del corazón.

6.2. Enfermedad azarosa frente a enfermedad causada: de la probabilidad al “azar”

Plantearemos, pues, una doble ordenación de los motivos de las enfermedades cardíacas, tal como los hemos recogido en la investigación. En primer lugar, aparece una distinción entre enfermedades con un motivo azaroso o inexplicable, que no puede ser adscrito a un comportamiento personal, y enfermedades cuya causa es identificable, cuya responsabilidad resulta posible atribuir causalmente. En segundo lugar, aparece otra distinción que apunta a la naturaleza de las causas que han producido esta patología, y que diferenciaría entre causas físicas y causas de origen psicológico.

La primera alternativa, la distinción entre enfermedades azarosas y enfermedades causadas (“merecidas”), se halla presente ya desde las primeras

reflexiones humanas sobre la enfermedad. Así, según Susan Sontag, “en la *Ilíada* y en la *Odisea*, la enfermedad aparece como castigo sobrenatural, como posesión demoníaca o como acción de agentes sobrenaturales. Para los griegos la enfermedad podía ser gratuita o merecida (falta personal, transgresión colectiva o crimen cometido por los ancestros)”⁶.

Esta misma distinción, entendiendo que el responsable es uno mismo, es la que aparece en la cita siguiente, que supone la existencia de “dos partes” en el corazón y que distribuye las cardiopatías según “te vengan porque sí” (válvulas, coronarias, arterioesclerosis...) o “te la provocas tú” (infartos, anginas de pecho...)

O sea, el corazón tiene dos partes, igual que un estómago tiene dos partes: una dolencia que te viene porque sí y otra que te la provocas tú. Entonces sí que es verdad que los infartos, anginas de pecho, ciertas cosas sí vienen derivadas de..., no del comportamiento sino de la vida que llevamos. O sea, una persona que fuma mucho pues tenderá a tener problemas pulmonares. Una persona que vive una vida muy estresante, que trabaja mucho, que va de aquí para allá, que no tiene tiempo, que siempre está agobiada, pues tiene muchas papeletas para que le dé un infarto. Una válvula, las coronarias, una aterosclerosis, un..., no sé, muchas cosas que desconozco del corazón, pues hasta qué punto influimos nosotras en ellas, no lo sé. Yo la verdad es que no lo sé. No lo sé y cada día dudo más. Quizá antes estaba más segura de que eran dos cosas que unas te venían porque te venían y la otra era porque la provocábamos nosotros; ahora ya tengo mis dudas.

Pero es verdad que hay cosas que son azarosas y que no puedes preverlas que tengas en la vejez una aterosclerosis, no creo que nadie lo quiera ni que ninguna mujer, ni ningún hombre desee acabar con una enfermedad así al corazón (¿?) con peligro de quedarse en cualquier momento... Pero es verdad que si fumas como un descosido, bebes lo que te da la gana y estás en medio de un bombardeo toda la vida, pues claro, tienes las papeletas. Y otras veces no, se da porque se da

GT N° 4 30 – 40 AÑOS

⁶ Sontag, op. cit. pág 67. Llama aquí la atención la mención de “los ancestros” dentro de la enfermedad “merecida”, o causada. Nosotros entenderemos, a lo largo de este apartado, las causas genéticas dentro de los motivos azarosos, aunque posteriormente efectuaremos algunas precisiones sobre cómo aparece el tema de la herencia y la genética en los grupos de discusión.

La alternativa entre ambas lógicas causales plantea un problema, en cierta manera, moral, la culpabilización de la persona que se “provoca a sí misma la enfermedad”, o el azar de lo inesperado que se debe afrontar pero que no reviste responsabilidad alguna. Y es que el juicio sobre los comportamientos deriva en ocasiones a este terreno de lo moral, especialmente en lo concerniente a los comportamientos relacionados con los excesos (comer sin control y su inmediata imagen de la gula) y con los “vicios” fumar, beber alcohol, pero también no moverse y pasarse el día frente a la tv o el ordenador, etc., emergen más como formas de “ganarse” la enfermedad desde la perspectiva moral, antes que como prácticas de riesgo que deberían equilibrarse o evitarse desde la búsqueda de la salud

Ya se sabe, perdona, no creo que haya una persona que pueda decir es que no me lo dijeron

Pero los médicos y todo el mundo,

Exactamente

Mira si tu te pasas el día tirada viendo la televisión y te dedicas a comer dulces y grasas y lo acompañas de un buen empinar el codo, pues verde y con asas

Luego no esperes salirte de rositas, es así

Cuando fue lo del tabaco, os acordáis las quejas que había, a mi me parece que la gente que quiere fumar que fume, pero que no nos maten a nosotros y después que no vengan pidiendo tratamientos gratos porque tú te lo buscaste y entonces ahora paga

Si te lo buscas es tu problema, otra cosa es que te venga por los genes

Claro, claro

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Sin embargo, el crecimiento en las enfermedades vinculadas a hábitos insalubres, la imagen de que en el actualidad hay muchos más enfermas/os que antes, hace dudar de la responsabilidad particular de la persona en la aparición de la enfermedad como castigo merecido o buscado que es lo que está latente en esta categorización. Esta sanción moral, expresada de una forma más diluida, atribuye esa responsabilidad a “la sociedad” en su conjunto, como es el caso del tabaco, del alcohol y su carácter legal a pesar de lo nocivas que resultan para la salud. Aparece así una dificultad más clara de identificación del

“responsable”: la “culpa” se diluye, no se sabe bien “si el culpable es la persona que padece una enfermedad o es una doble víctima (del desorden social y del mal en su propio cuerpo”.

Ahí no sabe una ya..., en la cuestión del tabaco, si es una culpable o el culpable que esté en circulación legal y todo esto...

YA, BUENO, CLARO...

Porque una no es responsable con 14 ó 15 años hacerte adicta al fumar.

Claro. Eso es igual que la droga, igual que el bebe o el que juega a las máquinas...

Yo no le echo la culpa a nadie, ¿eh?

Lo que te quiero decir que... Que yo he dicho primera... He dicho: “Yo fui la primera culpable por fumar tanto”; pero oye, que el fumar estás enganchada a una droga, ¿eh? Que no depende casi de ti siquiera porque tu te has hecho fumadora porque a esa edad la sociedad te decía que molabas de esa forma, que eras más guapa y que serías mayor si hacía así de estar todo el día con el pitillo en la boca

Pero también muchas veces te dijeron que era malo y pasaste totalmente. Por lo que dices, vamos,

Ya ya, eso también es verdad

GT N° 2 40 55 AÑOS

Yo creo que habría que diferenciar en la seguridad social los enfermos porque les ha venido una enfermedad que no es culpa de ellos, y los que tienen enfermedades por ser culpables porque son dos cosas diferentes, no es lo mismo

Son todos enfermos, pero eso es una injusticia yo lo veo fatal eso, se tendrían que diferenciar y entonces a los que les toco, pues a esos todo el esfuerzo, y a los otros, no te digo que no curarlos, pero no sé,... no puede ser igual

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

En el otro eje de la dicotomía se sitúan las enfermedades “azarosas” o aquellas que son totalmente ajenas a la actitud, los hábitos y las prácticas de las personas. Destacan, ante todo, las enfermedades contraídas por niños que no han llegado a tener ningún comportamiento que pueda explicar la enfermedad.

El vocabulario se desliza aquí al léxico de la suerte, de la fatalidad, el puro azar. No se trata de la probabilidad, ya que las palabras que aquí se invocan hacen referencia a lo incontrolable, a la contingencia, a lo inespecífico de la historia y la realidad de las personas: “*Me tocó la china*”, señala una cita

La primera que no te la explicas eres tú. Dices: “Pero bueno, si he ido a los controles, he andado, he hecho la preparación y todo lo que había que hacer, , no sé qué... ¿por qué me ha tocado la china ... ahora a ver qué pasa? Pero te acostumbras, sabes que tienes que acostumbrarte y que no es ningún castigo, es que en el azar que en esto influye mucho te puede tocar. Y me ha tocado

Gt n° 2 40 55 años

Así, lo que se presenta en este polo de lo azaroso es otra cuestión: la imposibilidad de la explicación total de la enfermedad, la imposibilidad del “cierre” causal como mecanismo de explicación de todas las enfermedades. Esta inexplicabilidad causal va más allá de los enfermos cardiopáticos, dimensión que resulta muy explícita en los discursos que trajeron a colación historias sobre personas que no cumplían ninguno de los perfiles de riesgo ni realizaban ninguna de las conductas que normalmente se establecen como causa de las cardiopatías, y a las que, sin embargo, les “tocó” la enfermedad. Estas historias, se proponen por contraste con la epidemiología científica y se utilizan discursivamente para discutir la primacía del discurso institucional y más aún, de la cientificidad de la interpretación médica. Pueden llegar incluso a servir como herramienta discursiva para renunciar a determinadas precauciones o para no modificar factores de riesgo entre los afectados por algún tipo de cardiopatía o de enfermedad cardiovascular (o cualquier otra enfermedad) que aparece de forma azarosa. La tendencia del discurso social y la auto-comprensión de la enfermedad personal sustentada desde el polo de lo azaroso, dificulta, como resulta lógico, las labores de prevención (tanto primaria como secundaria) así como la promoción de comportamientos saludables, al desconectar los comportamientos, los hábitos y las prácticas de sus consecuencias sobre la salud.

Yo creo que hay que ser una mujer equilibrada, y lo creo realmente, pero nada te garantiza nada, hay gente que fuma toda su vida, mira Santiago Carrillo que ha fumado toda su vida y sigue haciéndolo y el tío, aunque no sea de su cuerda, dices qué cabeza tiene, que lucidez, como habla y tiene noventa y tres años

Es verdad, es que nada es seguro y cuando te llega la hora te llega

Mira el caso de los niños con cáncer, quieres más absurdo que eso, más injusticia que eso, porque es una injusticia

Es el azar o es algo congénito que al niño le da igual, una que otra, lo único grave es que tiene un cáncer y el pobre ni ha fumado, ni se ha drogado, ni alcohol ni nada..

Es como tu dices, yo pienso igual, te toca la china, el azar o como quieras llamarlo...

No puedes vivir con el miedo en el cuerpo de todo lo que te dicen los médicos

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

La prevención es muy importante, ahora bien, no te da seguridad de nada porque siempre tendrás que morirte de algo, entonces hay que practicar todas las medidas, verdad? Pero no te creas que eso te deja inmune porque en eso te equivocas

Estoy totalmente de acuerdo

Y ENTONCES PORQUE HACERLO? HAGO DE ABOGADA DEL DIABLO

Porque bajas el nivel de probabilidades, pero en ningún caso, desaparece la posibilidad

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

6.3. Lo físico frente a lo psicológico

De forma previa a la división entre azar y causación, y de manera muy entramada con la misma visión de la condición feminidad, su identidad y su heteronomía aparece otra oposición referida a *la naturaleza* de los motivos que causan las enfermedades cardiopáticas en una mujer, a pesar que – como ya señalamos en páginas anteriores y de forma reiterada – se trata de una dimensión en la que se adentran porque la coordinadora de los diferentes grupos de discusión y grupos experienciales se los demanda, en ningún caso, porque aparezca entre sus preocupaciones de salud más inmediatas. Hay, en primer lugar, unos motivos que tienen que ver con el comportamiento “insalubre” en su sentido más físico de la percepción: los malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio, el consumo de tabaco o alcohol... Este primer conjunto de motivos, se dice en las diferentes producciones discursivas, debilita el corazón, lo daña en el sentido más fisiológico y lo “predispone” a la enfermedad. Se produciría una especie de desgaste excesivo que lo deja debilitado y con bajas resistencias para afrontar los debilitamientos generales de la edad

Yo lo que me imagino es que el corazón si estás todo el día venga que te pego, alcohol, tabaco que allí al lado están los pulmones y no lo aireas, no sales a correr a ponerte un poco en forma, a sentir que le estás dando una disciplina de bienestar, yo lo que me imagino, porque insisto que no sé nada de este tema, es que los desgastas, lo desgastas totalmente

Y VOSOTRAS COMO LO VEIS, LO QUE OS PAREZCA...

Igual, yo creo que lo ha contado muy bien porque yo creo que el corazón tiene una capacidad de soportar los malos tratos, limitada, como te pasa con el hígado, con el cerebro, el cerebro creo que incluso aguanta menos

EL CEREBRO AGUANTARIA MENOS QUE EL CORAZÓN?

Para mí sí porque es un sistema de gran complejidad que un solo coágulo te puede provocar un desastre neurológico para toda la vida

En cambio el corazón tiene a su favor que aunque es muy importante es más elemental, más que el cerebro, pero se desgasta, claro yo también lo veo así

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Mira mis manos, te parece que son para tener cincuenta y nueve años, a que no? Pero que sucede que las he maltratado toda la vida, con el agua, con la azada, con la tierra, la tierra daña mucho las manos y aquí los detergentes esos tan fuertes que son terribles, y la espalda también muy mal ... a lo que voy, si esto hace con las manos, qué no harán las drogas como el tabaco, el alcohol y todo eso a una mujer que fuma y bebe todos los días, le tienen que machacar el corazón y entonces claro, cuando tienes que esperar que haga un esfuerzo por ti, ya no puede, será imposible porque no tienen fuerza, está machacado

RG N° 7 INMIGRANTES

Pero si bien lo que aparece como deterioro físico, como desgaste de lo corporal, de lo orgánico en sí mismo resulta muy evidente y de fácil comprensión para sus propias percepciones, por otro lado, los motivos psicológicos, como ya hemos señalado son muy idiosincrásicos a la condición femenina, a su posición de mediadora de la familia, las familias, y en ningún caso parece vincularse a los comportamientos actitudinales ni a las afecciones desarrolladas en el cuerpo, sino en las reacciones emocionales, a las formas de responder ante los conflictos, a la fortaleza o debilidad para afrontar las dificultades ante el entorno, en definitiva en como responde “la mente” espacio que parece coincidir con el cerebro como gran órgano controlador – o no – de las formas de reacción. Estos motivos psico-emocionales y estas patologías que se producen desde ellos mismos (estrés y ansiedad, pero también situaciones emocionalmente intensas, inestables, angustiosas etc.) intervendrían de forma decisiva en la manifestación de una enfermedad cardiopática en tanto deriva muy previsible del exceso emocional de lo femenino y del menor trabajo sobre la actividad corporal (menos deporte, menos trabajo físico, menos destreza) que el desarrollado por los varones:

pero yo creo que en el tema de la enfermedad del corazón..., hombre, es clave que haya unas circunstancias que lo agravan, o que predisponen..., vamos, que predisponen al infarto; pues el tema de hipertensión, el tema del sedentarismo, la obesidad sí que..., pues el tema de lo que has dicho, del estrés, la ansiedad, el ir con el trabajo..., ¿no?, pues queriendo cubrir más, y más, y más...que a veces las mujeres parecemos locas y también algunos otros factores que yo pienso que puede ser pues el fallecimiento de un familiar,

la pérdida de trabajo puede ser otro también... os digo esto... os digo esto porque son los miedos que todas tenemos

RG 2 55 – 65 años

Los hombres tienen siempre más fuelle porque ellos trabajan mucho más el cuerpo que nosotras. Yo lo veo a mi marido que ya cumplió cincuenta y tres años y se va todos los sábados a jugar al fútbol al polideportivo de (...), de verdad que no falta haga frío, calor, nieve, lluvia.... Le da igual, él su partido del sábado no se lo quita nadie y está muy bien con buena figura. Y además trabaja en GAS NATURAL por lo que no PARA un día, y entonces claro, no tiene grasa, no tienen colesterol, pero claro, a él los problemas le resbalan, él es como la canción ande yo caliente y ríase la gente, igual, y yo soy un manojito de nervios y por todo lloro

RG N° 6 55 – 65 AÑOSA

En la representación social actual, según el discurso de nuestros grupos, parecería existir una diferenciación, no tanto en la atribución de las cardiopatías a uno u otra clase de motivos, como al papel complementario que cada una cumple. Los motivos físicos establecen, una “predisposición” a las afecciones cardiopáticas, una “tendencia”. Un corazón afectado por el colesterol y por las consecuencias de los malos hábitos sería más candidato a que le sucediera algo. Sin embargo, lo que se desprende de los discursos durante la investigación es que, actualmente, el “gatillo” que dispara la afección (especialmente el infarto), la causa puntual a la que se atribuye la aparición de la patología pertenece al orden psíquico antes que al físico. Los momentos de nervios y la ansiedad, de alteración emocional, aparece como los momentos con verdadera plausibilidad para que se produzca un daño al corazón:

Pero es que hasta que no te pasa eso ni siquiera lo piensas. O sea, cuando una persona está bien, no lo piensa. Piensas: “pues estoy nerviosa; pues vale”. No piensas: “Me va a dar un infarto”. Sí que a lo mejor dices: “Joder, en uno de estos me va a dar un infarto”; pero lo dices de boca, pero tú..., como no lo has vivido, no... Pero tú cuando lo dices ya lo dices con otra profundidad; porque sí que sabes que te puede dar. [...]

¿QUÉ DECÍAS TÚ? ES QUE NO TE HE OÍDO. ¿QUÉ HAS DICHO AHORA?

No, que tiene razón. Que cuando te ha pasado alguna cosilla, aunque sea leve como a mí, pues ya vas con susto. Ya intentas tomarte las cosas de otra manera y decir: “Bueno, va...”. Oye, yo tengo 53 años y bueno, no tengo que reaccionar de esta manera ante situaciones... Aunque luego se te olvida.

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

La “teoría popular” implícita en la representación social rezaría entonces así: a través de una suerte de mecanismos de mediación “psico-somáticos” (antes señalamos la tensión arterial como bisagra entre psique y cuerpo), ciertos estados de alteración psicológica pueden llegar a afectar a un corazón previamente “predispuesto” al daño. Son las mismas mujeres, una vez más, quienes sitúan en mayor medida en los factores psicológicos la eventualidad de un daño cardíaco. De hecho, en ocasiones, la necesaria predisposición llega a desaparecer y la psique adquiere tal potencia que parece que, simplemente por un ataque de ansiedad, podría llegar a declararse un infarto:

Un ataque de ansiedad no..., no..., no creo yo que te dé un infarto. Sí que te puede provocar de todo, pero llegar al infarto no.

Bueno...

TÚ CREES QUE SÍ.

¿Tú crees que sí?

No lo sé. Yo a veces me he visto que sí que me iba a dar algo.

Es que te crees que son... A mí me ha dado.

Yo la primera vez que me dio un ataque de ansiedad, hasta que me lo dijeron y luego pues relacioné: cuando más nerviosa me pongo, cuando me pasa, cuando... Por ejemplo tengo una..., un cabreo o cualquier cosa, que no me salgo con lo mío, que no me dan la razón sabiendo que la tengo o eso, pues entonces te pones ya ahí..., y te desencadena pues muchas cosas. Puede empezar subiéndote la tensión, como puede subir el ataque de ansiedad, como te pones..., bueno, el azúcar y todo

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

A este respecto, las mujeres no dudan en adjudicar al diferencial entre géneros el carácter de una variable de alta significatividad y apostar por la deriva hacia lo psicológico (que expresan en ocasiones la idea de los disgustos o situaciones

emocionalmente estresantes como factor decisivo en la manifestación de la patología cardíaca) aunque, en este caso, apuntan más bien a factores *exógenos* (situaciones laborales, disgustos provocados por los otros, pérdidas de seres queridos, circunstancias de clara injusticia hacia ellas, ... donde dichas circunstancias entroncan con otras de tipo más *endógeno y de caracterización muy femenina* (estados de ánimo adversos, angustias, ansiedad, depresión, falta de autoestima, etc.).

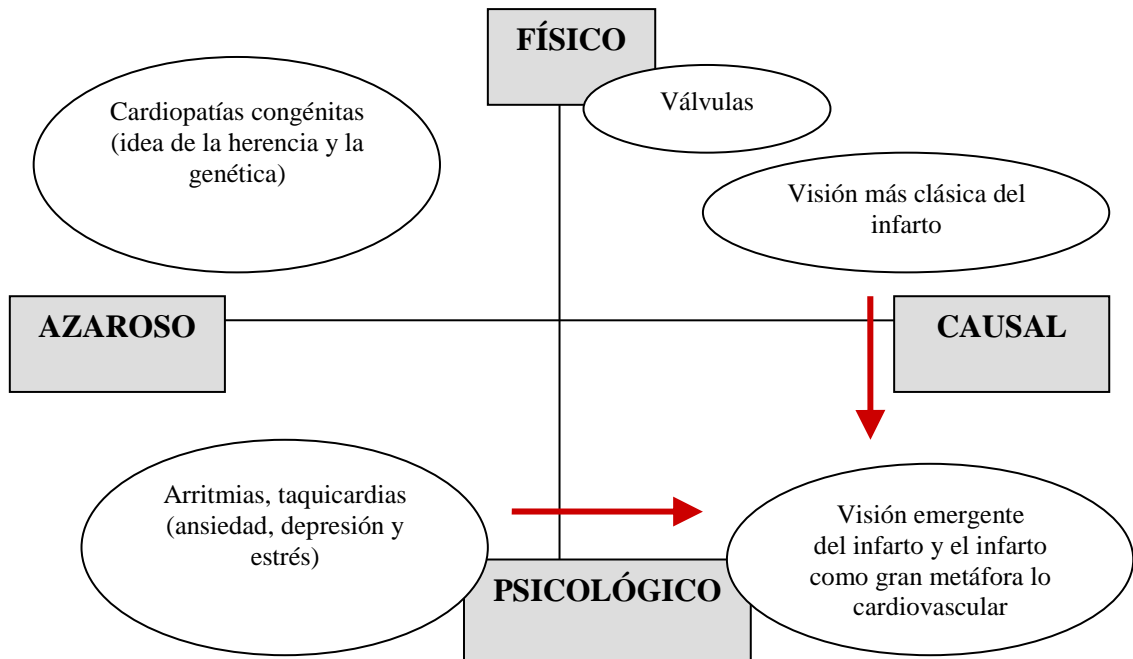
Pero si no hacemos más que aguantar golpes de un lado y del otro como no nos vamos a enfermar de todo, yo creo que nadie se ha puesto a pensar la cantidad de tensiones que aguantamos a diario, y además nosotras que como dicen ahora somos invisibles y estamos todas cuidando a nuestros padres y a los hijos y a los maridos, que es que es mucho, es mucho

Además no te olvides lo que decíamos hace un momento que es que somos muy propensas a estar de bajo tono, también de alto, nos vamos de un lado al otro...

GT N° 2 50 – 65 AÑOS

Pero más allá de estas variabilidades, podemos decir que la representación femenina general acerca de las enfermedades cardiopáticas se asentaría en la actualidad en lo psicológico con más fortaleza que en los malos hábitos - lo que no significa que no tengan un juicio y una comprensión en relación a la importancia de éstos - lo que le aportaría consistencia el temor a malestares de orden emocional no sólo como causa de lo que puede derivar en una enfermedad neurológica grave, sino en una reacción cardiopática, toda vez que el concepto y la amplitud de lo cardiovascular queda fuera de sus estimaciones discursivas. En el siguiente cuadro presentamos, de forma muy simple, la ordenación de las cardiopatías nombradas en las producciones discursivas al intentar cruzar las variables dicotómicas, señalando igualmente el desplazamiento tendencial de las enfermedades cardiopáticas, según la percepción de estas mujeres, y el lugar destacado del infarto como figura privilegiada a partir de la importante psicologización en la consideración de la vida.

LA ORDENACIÓN DE LAS CARDIOPATÍAS SEGÚN LOS MOTIVOS DE LAS ENFERMEDADES Y EL DESPLAZAMIENTO HACIA LO PSICOLÓGICO



6.4. El ambiguo significado de la herencia y la genética

La discusión sobre la herencia y los factores genéticos en la formación de las cardiopatías surgió de forma más secundaria y en ningún caso, en todos los grupos realizados. A pesar de que en una primera aproximación, lo genético parecería poder encuadrarse como una categoría autónoma, lejos de los motivos “azarosos” y los de naturaleza física, el problema de lo genético se diluye en un terreno movedizo, poco definido y que se tambalea en cuanto se abandona el espacio de las cardiopatías infantiles y se piensa en la posible sobredeterminación de las enfermedades cardíacas en general. En la mayoría de los discursos, la posibilidad de un condicionamiento genético de las dolencias cardiopáticas aparece, en tanto duda no aclarada, como una posibilidad que sigue siendo necesario investigar y que nunca se entendería como un factor de total determinación. Dicho en otros términos, la idea de un determinante genético en relación a malestares cardiovasculares (siempre con mayor énfasis en lo cardiopático) se percibe desde la sospecha doble según la cual, cualquier sujeto, ya se trate de una mujer o de un varón, “algo más habrá puesto de su parte” para tener una enfermedad de este tipo y en segundo lugar, sospechan que la fortaleza de lo genético no puede ser de tal importancia solo por sí misma, toda vez que ha permitido que alguien, de uno u otro sexo, llegue a la edad adulta.

Yo sí me creo, como no me lo voy a creer que somos mucho de la influencia de la genética, de la que no sé nada

Yo tampoco

No, pero sabemos que existe eso que se llama genética, pero yo lo que creo es que nadie se muere de mayor de un ataque al corazón o de un infarto porque genéticamente estaba predispuesto, sino porque algo más sucede, algo ponemos de nuestra parte, mi madre que se murió del corazón, pues tenía en ese momento una anemia brutal, estaba mal de la cabeza y casi no quería comer entonces, no puedo echarle la culpa a la genética, de verdad, no es eso, aunque mis abuelos se murieron del corazón, pero no sé a principios del veinte, que igual murieron de una infección, no sé.. pero creo que lo de la genética no puede ser tanto en alguien mayor, igual en un niño

GT N° 1 40- 55 AÑOS

Y es que no se llega a comprender lo genético y sus complejidades: indistinguible en los discursos de una idea pura de *herencia* directa, se utiliza casi como “piedra angular” final, para explicar, en último término, aquello que no se puede comprender. Llega a ser entonces casi un problema de convicción personal, de fe, pues no es algo que se haga evidente por sí mismo (al contrario de cómo aparecerían los otros factores, de los que nadie sospecha su existencia real o potencial y su influencia directa):

Si quieres buscarte una razón genética la encuentras, o sea buscas en el árbol genealógico ... digo, no en relación al corazón sino con relación a cualquier cosa. Si tú quieres escudarte, claro, como ya tu padre y tu madre y tu abuelo y tú no sé que enseguida buscas disfunciones

RG N° 3

Y así, lo genético nunca se toma como factor único. En el siguiente fragmento destacamos la única cita que aceptó una determinación genética para un infarto (dado que el padre, la madre y dos hermanos habían muerto del corazón). Encuadrado en el polo de lo físico y de la “tendencia”, lo hereditario siempre tiene que aparecer como algo que se conjuga con otros muchos factores (“tres o cuatro cosas siempre están por allí”): la forma de la genética recupera aquí la imagen de “predisposición” endógena, pero hacen falta factores “externos” que “se junten” y disparen la afección:

Entonces ahí probablemente en ese caso lo que haya habido es un gen, una predisposición hereditaria y después pues algunos factores externos como...

ESO POR SI MISMO, NO TE PARECE SUFICIENTE?

...puede ser alteraciones del ciclo hormonal, o que si la boca, que si tal... Se juntan en un momento dado tres o cuatro cosas que siempre están por allí, tres o cuatro cosas de esas y tal, ya tienes el infarto, ¿sabes? (

GT N° 3 40 55 AÑOS

Como resulta lógico, es la indagación en el historial médico de los ascendentes familiares donde se tiende a situar la cuestión genética y donde se persiguen indicios de una posible motivación de este tipo. Sin embargo, en ocasiones esta propuesta enturbia la correcta comprensión, pues el énfasis se pone en la

transmisión, en el hecho de que se “pase” de padres a hijos, concibiendo que lo que se transmite son enfermedades. Así, por ejemplo la cardiopatía congénita la entienden, muchas veces como una enfermedad heredada, como algo que sufría alguno de los padres y que se ha transmitido a los hijos. Y de todos modos, si bien es cierto que se acepta un componente genético al hablar en general de las enfermedades cardíacas, una mayoría de nuestras interlocutoras se resistía a aceptar tal supuesto sobre uno mismo, incluso cuando existen claros antecedentes familiares: se enfatizan aquí los “otros” factores de riesgo en las mismas conductas paternas

Yo, mira... Después hace un año, yo..., hombre, lo das vueltas. Mi padre murió de un infarto. Siempre que dices..., bueno, te preguntan, porque allí en el hospital te preguntan que qué tipo de vida llevas, que no sé qué, si comes tal, sí... Bueno, pues te lo achacan mucho a familiar. Cuando un familiar ha muerto de infarto... Pues mi padre murió de infarto, entonces pues lo achacas. Pero yo no te creas que lo achaco mucho porque mi padre muriese de infarto, porque mi padre es que fumaba muchísimo. Mi padre no se cuidaba nada. Mi padre estaba todo el día con el cigarro en la mano. Tenía 63 años y bebía; hombre, no en excesivo pero bebía; bebía. De los hombres que salen de trabajar, se va al bar, se toman su chatito y a lo mejor son dos o tres, ¿sabes?, y eso diario. No... Mi padre yo no le he visto borracho, pero bebía, fumaba y no se cuidaba nada. Entonces mi padre se murió de un infarto, pero yo creo que a mí no me dará un infarto porque mi padre muriera de infarto; me parece, ¿sabes? RG N° 3 45 – 55 años)

Incluso se llega a dudar de los datos sobre la familia, pensando que se podía haber hecho una identificación errónea de la patología (“antes se morían de un cólico miserere”):

Yo mi madre me dijo que tenía un tío que había tenido un problema de corazón, pero fíjate tú antes que se morían por el cólico ese miserere, o sea que averigua tú si se murió por un problema de corazón, o fue un infarto, o por qué. Yo no tengo yo..., o un problema pulmonar, o un problema de cual... No sé, no... En mi familia no ha habido antecedente, no lo sé a posteriori y yo soy la única que tengo un problema de tener que pomar el cintrón y me dice el médico que me cuide, vale, yo me cuido... entonces no creo que sea genético la verdad (RG N° 5 55 – 65 AÑOS))

Este rechazo a las explicaciones genetistas puede interpretarse también, en alguna medida, con la deriva psicológica de la representación de las cardiopatías a la que hemos hecho referencia, que conduciría a dejar más de lado los posibles factores físicos – y entre ellos, la genética. Si se considera necesario tener más en cuenta los factores genéticos y los controles relacionados con las posibles afecciones hereditarias (por ejemplo, la hipercolesterolemia familiar, etc.), será necesario explicar y enfatizar más este protagonismo de la genética, traerlo más a primer plano y desarrollar una didáctica explícita capaz de luchar contra los prejuicios que ante este particular factor, parecen tener las mujeres adultas interlocutoras.

VII.- LAS FIGURAS DEL CORAZÓN: DEL PARADIGMA MAQUÍNICO A LA SIMBOLOGÍA PSICO-FÍSICA DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

Con el camino recorrido hasta este capítulo, será necesario proponer un esquema comprensivo de las diferentes representaciones paradigmáticas que han surgido en las producciones discursivas de nuestras interlocutoras, relacionadas con la comprensión del corazón. Tres son los paradigmas o modelos ideales que emergen de las formas de comprender el corazón y su peculiar importancia en el organismo humano. Como tales modelos ideales, fuerzan relativamente la coherencia interna a costa de *tensar* la coherencia externa, la adecuación a la realidad. En el plano de las vivencias de la realidad, estos paradigmas se mezclan e interactúan, y no aparecen apenas nunca de forma totalmente independiente. Pero, como resulta evidente al prestarles atención, cada uno de ellos tiene una cohesión lógica que permite aproximarse de forma integral para comprender su importancia. Es decir que si bien en el terreno de la experiencia personal, los modelos no se mantienen puros porque interactúan con otros discursos, especialmente el discurso médico que lo condiciona, e incluso lo transforma en diferentes proporciones según cada caso, en el campo de las representaciones ostentan una coherencia estructural que nos permite abordarlos en tanto grandes paradigmas diferenciados.

En la secuencia evolutiva de estos paradigmas planteamos también una lógica diacrónica, de cambio temporal. El paradigma maquinico se correspondería con las concepciones más antiguas del corazón, originadas en torno a la mentalidad industrial, mentalidad de una sociedad basada en la producción material y acostumbrada a la escasez (energética, ante todo), mientras que la transición al paradigma de hábitos saludables tendría relación con el paso a una sociedad del bienestar, centrada en el consumo y cuyo problema fue en su momento – y aún pervive en nuestras sociedades Occidentales - el excedente. Finalmente el

paradigma psicológico entre la ansiedad, la depresión y el estrés, modelo actualmente emergente, se relaciona con una sociabilidad post-moderna e individualista en la cual, el contraste entre el aislamiento y el mandato de la hiper-conectividad (económica y emocional) situaría las dificultades en nuevos campos de complejidad como son las formas de construcción de la identidad, la superación de la pertenencia y el conflicto con lo genético, la cultura de la hiperinformación que construye enfermos, o al menos hipocondríacos, la sociedad de lo inmaterial pero cargada de valores económicos como nuevos modelos sociales, frente a los cuales, éstas mujeres adultas y/o maduras, acercándose al tiempo de ser mayores, se sienten en tierra de nadie y con grandes dificultades para comprender el mundo y poder transferirlo a otras generaciones.

7.1. La semántica maquina de la fuerza-debilidad

El primer paradigma del corazón ofrece una concepción residuo, muy expresiva de las formas de comprensión de las enfermedades cardíacas del pasado siglo. Su forma más nítida aparece (casi de forma inconsciente: en menciones de pasada, en descuidos del habla, presuposiciones que inmediatamente se matizan) en los discursos de nuestros grupos de discusión y, sobre todo, entre aquellos formados por mujeres de sectores de origen rural. Es una concepción que entiende el corazón en relación con la fuerza, la energía, el trabajo, ya sea de mujeres o de varones, con lo más puramente físico, casi hasta *traumatológico*. Así, una de las participantes en el grupo de la sierra pobre de la CM, (Titulcia, Villaconejos, ...) afirmaba haberse sentido muy sorprendida cuando, tiempo atrás, se enteró de que otra mujer, que regenta una tienda en el pueblo, había sufrido un infarto:

Yo ésta fue la que más me sorprendió, la moza esta. Porque yo me enteré ... vamos, se sorprendieron hasta los médicos. Porque ... que no estaba quemada del trabajo ... no es de esa gente que dices, vaya mujer qué vida lleva. Jamás hubiéramos pensado que se trataba de una candidata a que se le parara la máquina

Pero es que eso no avisa

No avisa, pero hay veces que dices, cuidado porque tal o cual, pero ésta mujer, sabes quien digo, la del bar de la calle (...), a que no, a que no es una persona que se te apareciera como de mucho trabajo, mucho esfuerzo?

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

La fuerza, el trabajo, lo *energético* aparece como la clave central de esta concepción,: el corazón, bomba energética de la movilidad del cuerpo, provee de fuerza al individuo, pero esa energía motora no es ilimitada. El desgaste del corazón, el agotamiento de su capacidad de insuflar energía (sea por un defecto de algún tipo o, en una deriva más congruente con la propia lógica paradigmática, por el propio agotamiento tras un esfuerzo excesivo o prolongado) impide que siga proveyendo de tal fuerza, y deja por tanto al enfermo (ella o él) débil, fatigado, cansado, sin energías. En algunas personas de las más mayores que hemos contactado, encontramos esta imagen de la fuerza y la energía, como en la siguiente cita

¿Y LOS MÉDICOS QUE DECÍAN, CUANDO HAS TENIDO QUE ACOMAPAÑAR A TU MARIDO POR SU ANGINA DE PECHO?

Que no haga esfuerzos, que no haga esto, que no haga lo otro, que vas a notar que claro, tu vida no es la misma. No es la misma porque tu..., tu fuerza no es igual, ¿no?, ni mucho menos..., claro qué le van a decir, que eso era así, ya lo sabíamos los hijos y yo, ahora que se cuide, eso es otra cosa, porque ya se ha olvidado de todo”

RG N° 5 55 – 65 AÑOS

Desde este paradigma, la posibilidad de *manifestación* de una cardiopatía “latente” coincide con la realización de un esfuerzo excesivo, con un modelo que más corresponde a la imagen de lo masculino que tiene en el trabajo físico su más notable seña de identidad. Estas mismas mujeres que han desarrollado desde el primer momento un discurso fuertemente vindicativo de la condición femenina como de un sujeto apto para grandes esfuerzos, gran despliegue de saberes, capacidad de estar en varios frentes a la vez, etc., cuando se les demanda que imagen tienen del corazón, la figura del esfuerzo se traslada a lo masculino y la idea de que este órgano si enferma, lo hace en un cuerpo de varón

Yo de verdad, cuando pienso en alguien que tiene que ver con el corazón, me aparece la imagen de mi padre que fue una persona que se deslomó toda la vida, trabajó aquí en (...), allí estuvo como en seis o siete talleres metalúrgicos, dos o tres de su propiedad y el pobre es que no sabéis qué manera de trabajar, de trabajar en serio, con el cuerpo, sudando, de cinco de la mañana a siete de la tarde, sin parar, agotado, respirando polvo de metal todo el día. Yo no sé cómo resistió su corazón, al final ya no, claro... pero que hombre de hierro con un corazón de oro, eso también

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Es la imagen del trabajo tradicional en el campo y en la industria, en el que se ve el peligro para “la máquina” del corazón porque allí se vende la fuerza física, y es allí donde se demuestra más claramente esta asociación entre sobre-esfuerzo, gasto excesivo de energía y aparición de una cardiopatía. El enfermo aparece entonces, dentro de este paradigma, como un ser caracterizado por su extrema debilidad física, al ser incapaz para la realización de esfuerzos. Puede ser un anciano, pero si no lo fuera, la imposibilidad de ejercer gasto de energía

lo equipara a él, es decir a un sujeto improductivo. Los síntomas que se describen, y que observan en una persona enferma del corazón, tienen relación con la fatiga, con el cansancio, con el esfuerzo. Los enfermos del corazón desde el paradigma maquínico son, sobre todo, personas sin energía, cansadas, fatigadas, sin el soplo vital que es la energía de trabajo:

A lo mejor antes era más trabajo..., que no digo que antes no tuvieran también descanso, pero antes se trabajaba más

Mi madre tenía que ir a las (...) a lavar allí a diario porque en mi casa, hay cuatro hombres, eran mi padre y tres hermano, todos de trabajo también

Pero la ropa pasaba toda por tu madre que tenía que fregar a mano

ANTES ERA MÁS TRABAJO, MÁS ESFUERZO?

Que a lo mejor era trabajo más..., más burro, ¿no?, más físico, y entonces pues a lo mejor la gente pues también decía: “Pues es que estoy cansadísimo y si veías que estaba cansada te dabas cuenta que la máquina fallaba, el corazón, digo

RG 4 55 – 65 AÑOS

Es una zona que había (...), de latas que había allí mucho y trabajaron mi abuela y mi madre, pero yo ya no pude. Era trabajo muy fuerte porque se entraba a las seis hasta las cinco y era de media hora para merendar y siempre de pie y entonces las mujeres se enfermaban porque era un gran esfuerzo y en esa zona es muy alta y entonces hay muchas mujeres que enferman del corazón, que se quedan sin trabajo porque el corazón no les permite tener fuerzas de trabajo

RG N° 7 INMIGRANTES

En cada uno de los paradigmas existe un concepto clave, que efectúa la transición entre lo científico (lo médico) y lo social, que sirve de engarce entre los modelos comprensivos científicos (pues forma parte del aparataje conceptual de la medicina del momento, y sirve de sustento a la concepción médica) y los modelos etno-sociológicos (los modos comprensivos en el procesamiento de las representaciones sociales). Alrededor de este concepto central, estructurante del sistema simbólico donde se integra la medicina del momento, se organiza el

paradigma. No se trata de que todo el sistema antropológico-cultural encuentre su base y su justificación en un solo concepto, pero sí, al menos, dicho concepto recoge y concentra –satura – los significados atribuidos al corazón dada su centralidad orgánica, que no necesariamente implica su importancia estratégica. En el paradigma maquinico ese concepto es el trabajo. El trabajo resulta al mismo tiempo un concepto de la física (el producto de la energía), pero también su vinculación con la idea de una energía limitada en el cuerpo, que se gasta en el trabajo, que se ocupa en realizar las tareas de la vida. El corazón cumple, en el imaginario simbólico asociado a la máquina, el papel proveedor de la energía. Existe, parece, una cantidad limitada de energía que puede usarse, y si se consume antes del tiempo, o si se realiza un gasto excesivo, el corazón queda debilitado e incapacitado para proveer de más fuerza. El paradigma maquinico corresponde de forma nítida a una sociedad industrial relacionada con la producción, una sociedad en la cual la fábrica y el campo resultaban sitios de trabajo en su sentido más físico, espacios para el desgaste productivo. Es por tanto, una concepción del corazón más material, más centrada en lo físico y más antigua, más vinculado a un momento histórico determinado, como ha sido el tiempo del desarrollo industrial. Desde esta misma concepción, es de donde proviene de forma más completa e integrada la metáfora fundacional del corazón como motor:

Hasta ahora era un problema esencialmente de robótica: te cateterizan, te sustituyen una válvula por otra...; bueno, de trasplantes y cosas de esas también estaba... Empezó todo con el doctor Barnard, con los trasplantes, ¿eh?

CLARO.

Está Frankenstein, que en aquella época el corazón era el seno de..., bueno, era el motor..., sí, era el motor de todo.

Antes, el siglo pasado y antes no digamos, lo que le pasaba al corazón le pasaba a a la persona. Ahora ya no porque lo arreglan todo, pero, antes lo que dice ella, un motor con sus válvulas y todo

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

La imagen del motor sigue siendo, quizá por su facilidad de englobar al mismo tiempo lo sano y lo enfermo, el poder y el límite, la metáfora más empleada, y en cierto sentido, puede decirse que es una metáfora que ha sobrevivido al ocaso de su propio paradigma (pues los restos del paradigma maquinico tienen

muchísima menos fuerza lógica en la actualidad que cualquiera de los otros dos). Incluso planteando el posible cambio de paradigma que supondría las células madre se retorna en ocasiones al aparataje conceptual de lo automovilístico.

Si consiguieran que regenerará el músculo cardiaco con las células madre y todo eso, una solución idónea ...

Pues mira sería algo así como, antes los neumáticos llevaban la cámara y si se pinchaba había que poner el parche y no sé que, ahora simplemente serían neumáticos sin cámara porque no necesitas hacer ese tipo de reparación

RG N° 3 MUJERES 45 – 55 AÑOS

7.2. El paradigma del colesterol y los hábitos saludables

El segundo paradigma que surge con fortaleza en la percepción de las mujeres interlocutoras acerca del corazón, adopta una aproximación por completo diferente a la anterior. Si el paradigma maquinico parte de una idea de escasez energética, de un corazón-motor que se agota en su excesivo trabajo pues gasta su energía, el paradigma de los hábitos saludables se sitúa ya en la idea contraria a la escasez, en la idea de la abundancia. Ya no se imaginan un problema en la producción sino en el consumo. Dentro de la sociedad de consumo post-industrial, la energía dejaba de ser un bien escaso para ser, en su lugar, una realidad abundante, rebosante, desbordante. Se invierte así la dirección: si el corazón del paradigma maquinico encontraba su dolor en el gasto excesivo de energía, el corazón saludable se ve asaltado por un exceso de consumo. Es ahora la idea de los vicios, entendidos como exceso, la que asalta al corazón y le produce una enfermedad. En lugar de los problemas del ejercicio físico, del trabajo, del desgaste, encontramos aquí una serie de factores de muy otra naturaleza que atacan al corazón: comida (grasa), bebida (alcohol), tabaco, drogas... La idea de la salud es aquí la de la moderación en el consumo, la del no abandono a los impulsos de consumir en demasía y la que permite comprender por qué hay jóvenes excesivos, que padecerían del corazón:

Y el jamoncito, el jamón es bueno, ¿eh? El jamón bueno ... tiene buen colesterol.

Si yo creo que todo, que no hay nada malo, solo que es el hábito a comerlo con frecuencia o no. O sea es ... estamos hablando de la bebida, el vino, el vino es bueno si te tomas una copita o dos. Claro, si te tomas ... (¿?) es que tampoco. O si estás un día tomándote una botella, otro día otra botella, otro día otro botella y tal pues te pega una cirrosis en el hígado que, hombre... es que no sé. Yo es que te digo también, a lo mejor he tenido esa suerte de ver a gente a mi alrededor con bastantes tipos de enfermedades y eso. Y también eso pues te guía, te marca. Pero quiero decir que todos los excesos son malos, todos. Pero la comida, pues la comida con moderación yo creo que es necesaria, que la disfrutas más

Pero mira, si es que ahora hay hasta jóvenes de veinte años que sufren del corazón y eso por qué, porque se pasan tres pueblos, se pasan tres pueblos siendo unos críos

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

Lo que yo creo que deberían hacer una campaña, esperanza o quien fuera de proponer que haya límites, que no pueden darse tanto excesos

Si los políticos están muy bien para hacer una campaña contra los excesos, no me hagas reír

Bueno, quien sea, lo importante es que aconseje la administración moderación, no ves que luego las operaciones del corazón y todo esto y a veces de la cabeza que es peor, mucho peor, lo pagamos entre todos

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

No se trata de un problema de pérdida, de salida desde el cuerpo, sino de entrada, de hinchazón, de exceso, de lo repleto y lo obeso a que tiende la cultura actual. Y es que el concepto clave que domina sobre este paradigma, dándole su arquitectura conceptual básica, es el colesterol. El problema del corazón se sitúa aquí en introducir dentro del cuerpo una serie de sustancias que lo hinchan, lo hacen obeso hasta corromperlo. El colesterol elevado taponan las venas y arterias, pero se manifiesta físicamente, en el imaginario y muchas veces en la realidad, en la figura obesa. El delgado y débil cardiópata agotado por el duro trabajo físico deja lugar, entonces, a un arquetipo obeso, hinchado, cuyo origen patológico está en el exceso. En este cambio de paradigma, la patología cardíaca pasa a ser la enfermedad de una sociedad de la abundancia, cuyo problema ya no se sitúa en la escasez energética y en la necesidad de ahorro, sino, por el contrario, en la necesidad de controlar el desaforado consumismo.

Este paradigma, como el anterior, es, sobre todo, masculino, pero no centrado en personas mayores, sino disperso por el todo social y especialmente expresivo de los sectores emergentes de las amplias clases medias urbanas de la España de los años ochenta en adelante que abrazaron con fuerza y sin reparos, la causa del consumo. Se expande, pues, el estereotipo de un tipo de cardiópata en tanto síntoma patológico al tiempo que se expande la capacidad de consumo y del exceso (y por ello muchas veces se dice que las mujeres enferman ahora más del corazón porque emulan los malos hábitos masculinos vinculados a la falta del límite tanto en el hábito de fumar, como de beber, o de comer):

Yo pienso también que los hombres a lo mejor beben más y fuman más,

Ahora son más las mujeres, las que más beben y las que más están gordas? Las mujeres, más que los hombres

Vamos a hablar en... El hombre o la mujer, me da igual que tienen el culo en la silla frente al ordenador todo el tiempo, no? Que comen fatal y mucho, que bebe aún más que fuman que de allí se van a su casa a ver la tele, eso no puede ser bueno, no puedes meter más tanto más de lo que gastas... es como siguieres llenar una caja así con cosas que ocupan el doble de lugar, qué pasa? Qué la caja revienta

Y entonces se les ponen las venas o las arterias más rígidas, entonces por eso tienen el problema, que hay muchos con infarto, pero más los hombres, lo de infarto son los hombres pero porque las venas no las tienen flexibles. Por eso dicen que hay más hombres con infarto que mujeres, ¿no? También dicen eso, no sé.

RG N° 6 MUJERES 55 – 65 AÑOS

Lo que interesa destacar es cómo, a diferencia de la imagen maquínica, en la que no se producía un juicio sobre el cardiópata (simplemente era alguien que había gastado en demasía su fuerza, actitud digna de respeto y también de lástima, o consecuencia de una imprevisión, pero sin connotaciones morales adversas), esta representación ideal del corazón incluye en sí un doble juicio moral. Lo moral se aplica en este paradigma tanto a nivel individual como social: se relaciona con el consumo, con la adicción, con el vicio, entendidos como comportamientos moralmente censurables en los comportamientos individuales, pero también en toda la sociedad, más ahora, si cabe, cuando los efectos de la crisis han situado en el banquillo de los acusados al modelo de la abundancia). De esta forma, resulta de gran interés comprobar que en el imaginario de nuestras interlocutoras, serían las mismas sustancias de los productos las que habrían cambiado para exacerbar la pasión consumista:

Es que antes el tabaco...

...era natural... Hoy las marcas..., la química y las composiciones que lleva ahora es todo para engancharte...

Es lo mismo que la comida y los alimentos.

Y era muy bueno, el tabaco era muy puro, pero hoy tiene un montón de cosas que antes no los tenía. Antiguamente tú liabas un cigarro de los que se liaban, pues el papel no se ponía ni amarillo.

El papelillo no se ponía ni amarillo, y es porque no había nicotina, porque era tabaco sano, y no hacía daño, pero no es como el...

ERA TABACO SANO?

Pero es que hoy..., venga a meter y a meter, y claro es más los aditivos que lo que lleva de tabaco y eso te hace daño

Pero no al corazón

Te hace daño a los pulmones

Si vale, pero te hace daño

Si antes hacíamos referencia a la metáfora del motor, como imagen especular privilegiada del corazón maquínico, aquí domina una metáfora más amplia y mucho más centrada en lo vascular aunque no tengan una idea clara de este concepto: la fontanería. Las metáforas de las venas como tuberías ante continua amenaza de obstrucción y de la especialidad cardiológica como alta labor de fontanería resultan las imágenes que mejor se acomodan a este paradigma:

Es pura fontanería.

Es fontanería, con lo cual teniendo el conocimiento y la información y viviendo en Madrid en el siglo XXI, en medio de tanta especialidad, de tanto hospital y tal, la cosa es que ha cambiado de verdad porque ahora pim pam y te mueven lo que haga falta

La cardiología es muy buena en toda España no solamente en Madrid

Si, si, claro, son grandes especialistas por todas partes, que te resuelven lo que sea

RG N° 6 55 – 65 años

Yo lo que veo es que aquí la gente come mucho y no camina nada, y bebe y no hacen nada de ejercicio y claro, es que no puedes estar con tanto grasa y no esperar que te haga daño, es que te hace daño a todo

Claro, eso quería decir yo es que es por todo el cuerpo que tienes el mal, se te extiende por todas partes porque si pasa por el corazón de allí se distribuye enseguida

Es como las cañerías de las ciudades

Igual pero en el cuerpo

Es además una barbaridad la cantidad de comida que se tira en España, yo cuando llegué no lo creía

Se tira comida y se tira todo, ahora no tanto pero hace unos años, yo decía... no, no, no, Dios nos va a castigar a todos

RG N° 7 INMIGRANTES

7.3. La psicologización de la enfermedad cardiaca: el paradigma psico-físico como aproximación espontánea desde la identidad femenina

Si el paradigma de los hábitos saludables resultó dominante hasta hace unos años, en la actualidad, las formas de comprender las enfermedades del corazón (qué es lo que lo debilita y por qué se produce su enfermar) por parte de estas mujeres, exige incorporar un tercer paradigma. En efecto, los indicios sobre cómo se está produciendo – aún de forma emergente –, un creciente desplazamiento de la centralidad de lo cardíaco en tanto máquina o motor, o centro de comunicaciones materiales hacia el ámbito de lo psicológico resulta fácilmente interpretable. Se trata de un nuevo paradigma en el que ordenan la estructura, los conceptos estrés, ansiedad y depresión cada vez con mayor protagonismo, proporcionándonos las claves para entender cómo se formula esta nueva manera de conceptualizar el corazón:

Se tiró allí quince días hasta que le hicieron el cateterismo, muy nervioso. Se lo dije a los médicos y me han dicho que esos nervios, además de tener que ver con su propia personalidad, son de la enfermedad [...] Y después de que le hicieran el cateterismo, estuvo un tiempo decaído, no sé por qué, sería por miedo o no sé, una flojera y unas cosas que le daban, y eso que el cateterismo él lo había visto. Yo creo que ese decaimiento, no sé, es parte de la enfermedad, de la propia angustia que es la enfermedad

GT N° 4 30 40 AÑOS

[su hermana la lleva al hospital] me echó para atrás el asiento de copiloto y nada, y fuimos al hospital. por el camino me dice: “va, no te preocupes, seguro que es el estrés”. y yo le dije: “sí, sí. es el estrés estoy segura.

Y claro que era el estrés pero una se cree que eso no existe porque no lo ves por ninguna parte y todos lo nombramos, pero sí que existe y te puede hacer un daño, vamos, que yo creí que me moría de lo mal que estaba y fue cuando se dieron cuenta de que tenía una cosa, muy rara, bueno muy rara para mi, que se llama miocarditis que me la había hecho el estrés

GT N° 2 40 – 55 AÑOS

Y es que cada vez aparece de forma más generalizada desde esta óptica femenina, la idea de que el infarto (recordemos, imagen dominante de la enfermedad cardíaca) está unido a la depresión y a otro tipo de manifestaciones psicológicas, que alcanza a las de signo contrario como es el caso de la ansiedad. En las representaciones femeninas emergentes no se trata, - según podría pensarse -, de una “consecuencia” por haber enfermado, sino de algo que está íntimamente unido a la propia enfermedad:

Otra cosa son las enfermedades depresivas y psicológicas, pero están muy unidas al infarto. O sea la depresión está muy unida, no solamente por la fase negativa y la depresión post infarto que dicen, la depresión está muy unida al infarto. A lo que es el infarto mismo, no sé en qué revista leí que en realidad el infarto es una forma de depresión somatizada

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

Desde este punto de vista que intentamos recuperar la lógica psico-física en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares lo que parece estar en el origen del entramado desde el punto de vista de las mujeres sería: un corazón debilitado (“predispuesto”), ya sea por genética, por malos hábitos, etc., desarrolla una patología a partir de la acción que sobre el organismo provocan una serie de circunstancias vitales y psicológicas, que se engloban bajo el nombre de “estrés” o de “depresión,” o de “ansiedad” , que incluyen situaciones muy diversas: presión laboral, tristeza, malas relaciones afectivas, insatisfacción, temores, agobios, desasosiegos...

Son las cosas que tienes que afrontar y que muchas veces esas mismas cosas te han debilitado, te han dejado sin defensas y resultas que todo te agobia, pero hasta la misma idea de enfermarse, te resulta estresante, a que sí’

Estoy totalmente de acuerdo contigo, pero si es que no nos damos cuenta de la importancia de todo lo psicológico, de la misma forma que la fuerza mental te puede hacer sobrellevar la peor de las experiencias, te puede, con la misma fuerza aplastar de tristeza por una vida insatisfecha por lo que sea...

GT N° 2 40 55 AÑOS

No me parece que haya enfermedad pero, de verdad, porque decís que puede darte algo al corazón pero cuando no te lo da y tu familia no sabe lo que te pasa y tu tampoco y resulta que estás todo el día triste, sin ganas de nada, que pierdes no sé cuantos kilos que ves que todos te miran con miedo, que estás de baja laboral pero ni te acuerdas.... Bueno como véis sé de lo que hablo y no tuve nada al corazón, pero de verdad, que lo hubiera preferido,

Ay hija no digas eso,

Si es verdad porque si te da un infarto es una manera de poder sacar eso que te está reconcomiendo, pero si no, te quedas en la amargura

RG N° 6 55 – 65 AÑOS

Es debido a este conjunto de vivencias estresantes por lo que la enfermedad cardiaca manifiesta: a través del corazón todos estos contenidos psicológicamente negativos – que son internos y se “guardan dentro de uno” hasta que “salen”, “brotan”:

En un año pues se me juntó..., se me juntaron muchas cosas: se me cerró la empresa, se me murió mi madre, no sé qué...

Claro, sí...

O sea, fue un cúmulo de circunstancias que tú no te..., o sea, sí te enteras pero no quieres..., no quieres asimilarlo, no quieres... Y eso por dentro pues alguna vez sale. Es como todo, que decimos: “Pues ya saldrá”. Pues sí sale, sí. O sea, tú al principio te piensas que no va a salir pero al final sale

RG N° 1 40 55 AÑOS

Los conceptos neuro-psicológicos centrales son, como ya hemos señalado, el estrés, la depresión y la ansiedad, conceptos que se usan uno junto con otro. En cierta forma, dentro de la labilidad con la que se usan, el estrés haría más bien referencia a las condiciones emocionales, vitales y psicológicas que posibilitan el brote de la enfermedad cardíaca, mientras que la ansiedad y la depresión se centrarían en la reacción y resultarían así más cercana a la propia enfermedad y a los elementos “mediadores” entre lo físico y lo psicológico

Por estrés. Un estrés brutal que tenía. Entonces estar..., de tener mi vida, que era muy activa a estar sin hacer

nada durante una temporada, eso me producía..., no dormía por la noche, me produjo taquicardias, me produjo lo que es hipertensión...

GT N° 3 45 55 AÑOS

El estrés, entendido como situación contextual, se comprende de una forma más “social”, menos personal o individual. En las imágenes más clásicas a las que se asociaba, tenía que ver, sobre todo, con el mundo del trabajo (estrés laboral) o, en su opuesto, de la actividad no valorada económicamente, el estrés del ama de casa. Pero el significativo se habría abierto a una mayor amplitud de situaciones: a las representaciones sociales, a lo emocional y lo relacional en general. Además, el contenido laboral que se asocia al estrés ya no se semeja en absoluto al trabajo del que hablábamos respecto del paradigma maquínico: se trata, en todo caso, de un trabajo inmaterial, moderno, comunicacional... En un sentido similar, el estrés tiene que ver, se dice, con *no conseguir algo*, con estar siempre en la tensión de lograr hacer algo más a lo que no puede llegarse: he ahí la raíz del “disgusto”:

PORQUE, ¿QUÉ INFLUENCIA PUEDE TENER EL ESTRÉS EN EL CORAZÓN O CÓMO ...?

Te hará reacción porque del estrés es un puro disgusto continuo, ¿no? Nunca alcanzas la meta que quieres o crees tú que no la alcanzas y empiezas a estresar. Tengo que hacer. Cuando llegue ahí termino y voy allí. Como nunca alcanzas lo que tienes que alcanzar o lo que tú crees que debes alcanzar es un puro disgusto y la patata está que pela y tiene que cortocircuitar por algún lado, tienes que explotar

RG N° 2 55 – 65 AÑOS

El estrés es, por tanto, *exógeno*: es el “contexto” de la enfermedad, es el provocador de los síntomas. Se trata de en una situación en la que “*hay que tomar decisiones*”. Pero si el estrés es exógeno y contextual para las enfermedades cardíacas (y se sitúa en el marco de ese trabajo comunicacional, inmaterial, de la “*toma de decisiones*”), la ansiedad y la depresión son el ataque, el estallido: una situación concreta, psicológicamente sobrecargada, es la que “dispara” esas condiciones previas estresantes que predisponen a la enfermedad. La ansiedad es, pues, *endógena*: es el gatillo que dispara la enfermedad. Aunque se usa también por parte de los varones, la ansiedad se inserta de manera muy natural en el vocabulario femenino. En esta equiparación

entre la ansiedad y el “gatillo” que dispara el ataque al corazón, se sustenta la confusión (cada vez más socialmente extendida) entre sufrir un ataque de ansiedad y tener un infarto.

Es como cuando tienes mucha ansiedad, ¿no?, que la gente dice: “Porque es que me dio un ataque al corazón”. Yo eso lo he oído así de veces, ¿no? Y a mí cuando me dicen eso digo: “No, no, no, no. Tú no sufriste ningún ataque al corazón; tú tuviste una crisis de ansiedad que te pudo pasar de todo, pero ataque al corazón no. Tú no sabes lo que es un ataque al corazón”. Un ataque al corazón es otra cosa muy, muy, muy diferente. Yo he tenido crisis de ansiedad; he tenido crisis de ansiedad súper fuertes y yo sí se diferenciar lo que es un ataque al corazón de lo que..., yo y muchísima gente como yo, ¿eh?, porque una cosa es la explosión, como cuando alguien dispara y otra cosa es un ataque al corazón, no me canso de decirlo cuidado que un ataque es mucho más que algo al corazón porque un ataque de nervios, de ansiedad, te puede dejar una secuelas en el cerebro que esas sí, de verdad, que son irreversibles

La imagen que surge es, entonces, la de una explosión: en este paradigma es donde rige, en mayor medida, la metáfora de la bomba, la comprensión de las cardiopatías como estallido. La metáfora en alza es la de la bomba de relojería:

“Tienes una bomba de relojería que en cualquier momento explota...”. Esa es la expresión que oyes por ahí

Interesa destacar dos implicaciones de este paradigma, que – correlacionando con diferentes factores de las concepciones contemporáneas de la salud que ya hemos destacado – señalan algunos cambios significativos. En primer lugar, las nuevas formas de globalidad corporal-mental que aparecen aquí y las dificultades para la medición de la enfermedad. En segundo lugar, las implicaciones individualistas en el comportamiento emocional que surgen.

La introducción, cada vez más relevante, de los factores psicológicos entre los motivos y consecuencias de las cardiopatías obedece, entre otros factores, a esa concepción cada vez más global e inclusiva de la salud que ya hemos señalado en varias ocasiones. De este modo, en el paradigma psico-físico hay una “sistematicidad” que se funda en la relación directa entre lo mental y lo material, y que sustenta la idea de que existe la posibilidad de un “bucle” entre lo

físico y lo psicológico. En la siguiente cita, podemos observar cómo se remarca esa posibilidad del bucle:

Hay muchas enfermedades, muchas enfermedades que tú tienes estás tan mal, te sientes tan mal que, ¿qué pasa?, que te producen esa tristeza o esa depresión. Y entonces ahí sí que es el pez que muerde la cola. Porque claro, tú estás triste, ... (¿?) estás peor, entonces al estar peor otra vez algo te pasa en el cuerpo y como te sientes físicamente mal, te pones peor de la cabeza ...

RG N° 345 – 55 AÑOS

Pero la imagen de lo global significa igualmente que unas cosas se encadenan con otras, unas cosas provocan otras: la concepción sistémica de la salud significa, en último término, que no hay una “primera causa” de la enfermedad, que no puede aislarse un factor único. Unas cosas “desencadenan” en otras, unos factores de riesgo se engarzan con otros.

Yo sabía que tenía un problema con la comida y que me podía desencadenar en muchas cosas, entonces pedí ayuda para solucionarme el problema de la comida. Cuando estaba triste, cuando estaba nerviosa, cuando estaba eso..., en aquella época pues me consolaba. Yo he comido llorando. Y he pedido..., y eso lo tengo solucionado y lo tengo bien. Pero luego eso me ha llevado a otras cosas; me ha desencadenado en otros temas, y es lo que pasa.

SÍ, ES COMO QUE PARECE QUE SE VAN ENGANCHANDO UNAS COSAS CON OTRAS, ¿NO?

Sí. Sí, es verdad.

Y te haces una analítica y dices: “Uy, ¿pero qué pasa? ¿Pero por qué lo tengo todo descontrolado?”

A mí me dicen: “Mira, una subida de azúcar te puede provocar un infarto; y un infarto puede hacer que se te dispare el azúcar”; o sea que... Y luego tengo que el azúcar me perjudica al corazón, me perjudica a los riñones, me perjudica a todas las cosas, o sea que yo estoy metida en un círculo que...

GT N° 2 40 55 AÑOS (SOBREPESO)

Esta globalidad modifica igualmente el acceso a la enfermedad y las formas de diagnóstico: en esta configuración global y sistémica no basta ya con pruebas y exploraciones de los órganos (de lo físico en su sentido más material). Los

indicadores que buscan en el cuerpo remiten a niveles de componentes, no a órganos en su totalidad: a la medida de la tensión, al nivel del azúcar, etc. Son signos que no se encuentran situados en un órgano, sino que se trata de lecturas sobre todo el sistema, sobre elementos trans-orgánicos (recordemos cómo se decía que lo psicológico también influye sobre estos niveles biológicos). Además, ya no se trata de medidas discretas, dicotómicas (sí/no, 0/1, estar enfermo/estar sano), sino de medidas sobre un continuo, infinitamente subdivisibles: se trata de “componentes”, grados, subdivisiones. Pero si esto induce un grado mucho mayor de variabilidad, también las propias operaciones de medida se reconocen como variables, como no absolutas. Por ejemplo, la medida del azúcar o de la tensión que se efectúa y que hoy se considera sana, no factor de riesgo, puede mañana verse modificada, y entonces las mismas mediciones indicarán que alguien se encuentra en una situación de riesgo: de esta variabilidad de los índices recomendados señalan las disminuciones de los niveles recomendados de colesterol y cómo “ahora se fijan más en los componentes”:

Yo empecé creyendo que el colesterol era en 250, que era...

Sí, eran 250...

Y luego ya bajamos a 220...

Sí, pero...

Luego a 180...

Pero a las que han tenido colesterol, a los que les ha producido el infarto por colesterol, les están pidiendo en los últimos años menos de 100.

¿Cómo?

Menos de 100 de colesterol LDN...

De LDN. Es que ahora se fijan más en los componentes.

H- Ahora ya ... Pero ahora ya dicen 70, y ya veis que el otro día allí en Móstoles yo preguntaba: “Pero bueno, y este 70, ¿de dónde ha salido ahora? ¿Por qué saldrá el 70?”.

RG N 1, 45 – 55 años

Ese anhelo por un equilibrio imposible conduce, en algunos casos a la confusión total. No hay ya casi posibilidad de distinguir en un sentido definitivo cuando se está enferma y cuando no depende de una medición (que es de por sí variable).

En la cita, siguiente se dice que podía haber tenido una angina de pecho en un momento dado, pero que al carecer de un modo de medirla (de convertirla en “real” – o sea, en diagnóstico a través de un instrumento de medición), no se puede saber si la tuvo o no. La hipocondría generalizada (que también tiene relación con la ansiedad) se manifiesta aún más debido a esta ambigüedad:

En esto del corazón y en el infarto, que según los expertos tú puedes tener una angina de pecho y no darte cuenta. Yo me acuerdo, luego ya a posteriori, que dices: “Hombre, cuando iba conduciendo en el coche, jo, aquellos dolores que tenía así, aquella presión en el pecho podría ser infarto”; ¿pues quién dice que no? Podría ser. Efectivamente. Es que tampoco... Porque claro, no tenemos un médico ni un aparato que nos esté controlando minuto a minuto lo que hacemos...

Y algo que se produce aquí es que, dentro de este paradigma – y a diferencia del juicio moral que se produce en el de los hábitos saludables –, es que se da una individualización de lo “moral”: la moral se subsume en una aproximación psicologista y, sobre todo, individualista. Convencidas de que los factores emocionales intervienen de forma determinante en la manifestación de las cardiopatías, el modelo comportamental que parecería desprenderse de aquí (entendido como una personalidad “sana” en su psicología) es el de alguien que no establece compromisos emocionales muy fuertes con su entorno. Se trata de evitar la posibilidad de “tener un disgusto”, a base de la renuncia a una implicación profunda con los otros. Se trata, como aparece en esta última cita, de “pensar primero en ti, pensar sólo en ti” dimensión muy contradictoria con el yo relacional y heterónimo propio de las mujeres.

Eso tiene que ser una (¿?)

Eso tiene que ser una persona que lo tenga todo muy, muy claro, y cuando vas a los sitios, ... (¿?) me acuerdo que te dicen: “primero piensa en ti, tú piensas solo en ti”. Si pienso en mi solo no hago caso a nadie y claro ...

RG N° 3 45 55 AÑOS

Incluimos a continuación un cuadro comparativo de los tres paradigmas propuestos, en el que resumimos los principales elementos de cada uno de ellos

Los tres paradigmas de lo cardíaco

PARADIGMA MAQUINICO	PARADIGMA HÁBITOS SALUDABLES	PARADIGMA PSICOLÓGICO
Exceso físico	Exceso "biológico"	Exceso emocional
Mayores y varones	Varones, pero ya no necesariamente mayores	Varones y mujeres sin distinción, e incluso más tendente a las mujeres
Motor, mecánica (el corazón como centro)	Fontanería, sistema (lo cardiovascular)	Bomba, la tensión como metáfora (lo global)
Desgaste (el problema de la producción y de la energía escasa)	Saturación (el problema del consumo y del excedente)	Desequilibrio (el problema de la inhibición emocional)
Delgadez	Obesidad	Obsesión
Fatiga, ahogo	Dolor, pinchazo	Ansiedad, ahogo
No hay juicio moral	Protagonismo del juicio moral: "vicios"	Lo moral se subsume en lo psicológico: individualismo
Sociedad industrial centrada la producción	Sociedad del bienestar centrada en el consumo	Sociedad post-moderna contemporánea centrada en lo emocional-individual como materia de producción y de consumo

VIII.- LOS OTROS FACTORES DE RIESGO Y LAS OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES INTERLOCUTORAS

No parece necesario insistir en lo que, de una u otra forma, atraviesa la totalidad de este documento, como es la constatación de que entre los segmentos de las mujeres adultas y maduras de la CM no existe una idea clara acerca del ámbito de lo cardiovascular. Y carecen de dicha idea, de al menos un imaginario al respecto que dé cuenta de su importancia y de hasta qué punto se constituye en un ámbito de riesgo, por lo tanto de necesidad de cuidados preventivos, de seguimiento y atención, fundamentalmente porque el discurso médico y en general el discurso de las instituciones sanitarias no asumen dicha tarea informativa, didáctica, preventiva.

Para la mayoría de nuestras interlocutoras, lo cardiovascular es un término que alguna vez, - y no todas – han escuchado entre los médicos, y en ningún caso una didáctica que los profesionales les propongan a ellas por lo que, en el mejor de los casos, dicha nominación se acerca a una elipsis dentro de la jerga gremial utilizada entre los profesionales de la salud, sea cual sea su especialidad. Pero si alguna duda queda al respecto, sólo será necesario volver a recordar las dos grandes áreas sobre las que aducen mayores temores, las áreas neurológicas y desde la conciencia de su identidad ginecológica, las alteraciones que podrían derivar en patologías oncológicas, dejando en un tercer lugar, muy a distancia de los anteriores, lo que consideran problemas cardiopáticos. Por su parte los males cardiopáticos, en manos de la especialidad médica de la cardiología, son situados en una particular paradoja según la cual, se trata de una especialidad que goza de gran confianza en su desarrollo y capacidad terapéutica, o, en su defecto, una potencialidad de males irreversibles pero que promueven una

buena muerte y nunca una mala vida, explicando de esta forma por qué se halla tan lejos de las otras dos áreas o ámbitos de temores mencionadas.

En este breve capítulo y antes de pasar a la segunda parte de este informe en el que nos centramos en las perspectivas de las consideraciones de los profesionales de ciencias de la salud, haremos un tránsito por ciertos riesgos y enfermedades cardiovasculares frente a las cuales no existe definición alguna, o peor aún, cuando existe, presenta serias desorientaciones comprensivas.

8.1. Los factores de riesgo

Resulta evidente que estas mujeres interlocutoras, tienen muy claro que ciertas prácticas se constituyen en factores de riesgo. Ahora bien, el listado de las mismas, justamente por ser factores de riesgo, en lugar de precipitarlo como prácticas que sería necesario combatir hasta su desaparición, parece posicionarse más como factores condicionantes antes que como riesgos. En efecto, y aunque resulte paradójico, las mujeres consideran que el concepto factor, viene a decir algo así como *podría ser una práctica que trajera problemas en el futuro ...* tal como señala la cita siguiente

a mi un poco de risa sí que me da, la verdad, porque todo es un factor de riesgo... todo es un factor, es decir que puede traerte algún problema

podría ser una práctica que trajera problemas en el futuro

Claro, pero todo trae problemas en el futuro, respirar el aire de las ciudades, usar el móvil comer comida transgénica

Usar el coche, la moto

Todos son factores, claro que sí... pero qué vas a hacer, nunca te tomarás una copa de vino?

Ni te bañes en el mar que está contaminado

No puedes vivir sin vivir

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

... por lo que acaba convirtiéndose en un concepto que en su propia contención expresiva, diluye la fortaleza de su contenido. La vida, el vivir mismo, parece ser para estas mujeres un imponderable factor de riesgo (de morir); dimensión con la que parece convivir, no sin temor, pero en cualquier caso, con la domesticación conciente – o inconsciente – ante el mismo. El concepto factor de riesgo, antes que constituirse como una diana capaz de ser temida, se ha situado como un concepto moderado en medio de una cultura que ha aprendido a convivir con términos muy definitivos: el tabaco “mata”; el planeta “se derrite”; Europa “se disuelve” y la tierra “se desertiza”... Y otros tanto.

Vivimos amenazadas, de verdad, esto no, aquello tampoco

Pero hay que pasar de eso porque te amargan la vida, yo no digo que no haya que cuidarse, claro que hay que hacerlo, pero también de los médicos, oye que te ponen vida de monje cuando ellos son los que más se pasan, porque es que se pasan en todo, y eso lo sé muy bien porque tengo un hermano neumólogo que fuma todo lo que se le pone por el camino

Pero no se trata de eso

Lo que yo veo es que lo de los factores de riesgo seguro que es cierto, pero también es cierto que el tabaco mata, el planeta se funde, Europa parece que se disuelve

Y la tierra se desertiza

Efectivamente

No veo la gracia de vivir así de verdad,,,

RG N° 1 – 55 65 AÑOS

Por lo que resulta de gran interés comprender la baja capacidad aprensiva que promueve el término en su precisión conceptual y, en el caso particular que nos ocupa, la más fuerte aún contención que implica la comprensión de factores de riesgo cardiovascular cuando se trata de un término que no comprenden, y dentro de un ámbito al que no le temen, dada la variedad de perspectivas de acercamiento ya desarrolladas al respecto.

Factores de riesgo es todo, es estar de los nervios, eso también es malo, pero no te pones de los nervios porque quieras, es porque no puedes hacer nada para evitarlo

Y además perdona, lo que decíamos antes, te pones de los nervios porque tienes problemas porque las cosas no van como quieras, o es que te pones de los nervios porque sí?

Lo que pasa es que ellos que van a decir, claro, tienen que decirte que tengas buena vida, que no te preocupes por nada que no te hagas mala sangre, no te van a decir lo contrario, lógicamente te dan buenos consejos... pero la vida....

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

Yo quisiera poder tener una vida en plan las señoras del Hola pero mira, que vamos a hacer no me ha tocado y trato de llevarla lo mejor posible, pero no sé... hay veces que estás mal y estás mal

GT N° 1 30 – 40 AÑOS

De todas las cosas que dicen los médicos, que yo sé muy bien que dicen verdades, no tengo dudas, vamos... no puedes hacerle caso en todo lo que te digan, sencillamente porque no puedes, aunque no tengas manera de discutirlo... pero no puedes ni tu ni nadie

La vida desde una consulta se verá diferente, digo yo

No creo que se vea diferente, pero creo que dicen lo que tienen que decir, lo que es bueno que se diga, pero de ahí a que se cumpla, lo de los riesgos es un poco de risa, ahora claro... tienen que decirlo

RG N° 3 45 – 55 AÑOS

A pesar de esta consideración generalizada según la cual los discursos médicos y en especial, - según esta investigación -, el concepto de factores de riesgo les llega como una elipsis técnica expresiva, a pesar, también, de que las proposiciones desde la “autoridad sanitaria” pueden tener otras formas de expresión (“precauciones” “evitar excesos”; “controlarse”, “omitir en la dieta...”, etc.) todos ellos, de una u otra forma son bien recibidas, pero no aparecen como formulaciones que deben ser acatadas rigurosamente en su lógica preventiva, circunstancia que sitúa muy bien la peculiaridad del concepto prevención, muy anterior e inespecífico, al que podría tener mayor autoridad cuando el receptor es una persona que se sabe, se reconoce, se siente, en situación de peligro vital, o en posibilidad de un franco deterioro de su vida

Yo estoy con ella, creo que hay que tenerlo en cuenta pero que no puedes hacerle caso a todo lo que te dicen y creo que, no sé.... Para mi es diferente si tuviera un cáncer, o una cosa grave

Hombre claro, en ese caso haces lo que te manden, si te dicen que andar con el pino, pues caminas cabeza abajo todo el día que remedio, pero en la prevención, yo estoy segura que tienen que ser así de intensos para que una les haga la mitad de caso

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

La prevención aparece como una forma de cuidado general e inespecífico, con una doble vertiente: cuidar a las personas, evitar que se asomen al vértigo de circunstancias de peligro...

Fenomenal, claro que está fenomenal que te cuiden y que digan que hay cosas que son muy malas y que te pueden hacer mal, no creo que a nadie en su sano juicio le parezca mal que le digan que se cuide y que vite las grasas y que no coma demasiado y que no beba

El fumar se sabe también que es malo

GT N° 1 40 – 55 AÑOS

Pero también la otra vertiente, aquella que lleva a la mirada de estas mujeres a comprender o conjeturar que el sistema sanitario se cuida a sí mismo, intentando evitar “costos económicos” que no puede solventar:

Eso nunca quieren decirlo porque siempre se ponen de que nos cuidan mucho, pero con el rollo del tabaco fue muy claro, en Estados Unidos no querían o no quieren, no lo sé muy bien, atender a los fumadores porque dicen que si tienes un cáncer de pulmón o de garganta allá tu, que ellos te lo avisaron...

O sea que es para no gastarse la pasta?

Pues sí, claro por eso les importa tanto que te cuides

GT N° 4 30 – 40 AÑOS

Por lo que la doble dimensión está presente en la receptividad de estas mujeres, aunque en ningún caso, esta segunda perspectiva anula la entidad de la primera de ellas, la importancia de las políticas preventivas e informativas en temas de salud para el bienestar de la población.

Sentado este principio de importante complejidad en la lógica receptiva, veremos que los llamados factores de riesgo, se limitan en relación a los posibles padecimientos cardiovasculares (para ellas fundamentalmente cardiopáticos) a dos de ellos, que surgen en algunos grupos de discusión de forma espontánea, y en otros será necesario sugerirlo, pero finalmente son reconocidos o identificados. Nos referimos a la hipertensión arterial que estas mujeres asocian, de manera inmediata a lo que puede ser un grave trastorno para el corazón

La hipertensión sí, yo sé que eso es un riesgo como dice... porque eso te puede hacer estallar el corazón y claro, imagínate una cosa así, tiene que ser terrible,

Tiene que ser una muerte dolorosa...

RG N° 2 45 – 55 AÑOS

Para mi la hipertensión es lo más que asocio con las cardiopatías porque es algo que no puedes controlar que si te viene una subida de la tensión, te puede provocar la muerte inmediata.

GT N° 2 40 55 años

Lo más grave para el corazón, eso es a lo que llaman el riesgo cardio, del corazón vamos... eso sí que es malo

RG N° 5 55 – 65 años

LA HIPERTENSION OS SUENA COMO UN SINTOMA PELIGROSO, COMO UN FACTOR DE RIESGO COMO ALGO QUE PUEDE SER GRAVE O PROVOCAR ALGO GRAVE?

Para mi si, es lo que puede hacer que tengas una embolia o un infarto

Es peor una embolia, bueno seguro que no se puede elegir además

Si, yo creo que es lo que dice esta señora, que te puede dar una cosa de... vamos... de muerte

RG N° 7 INMIGRANTES

Y en segundo lugar la hipercolesterolemia que también asocian a padecimientos cardiopáticos y también con problemas hepáticos, digestivos, pero principalmente vinculados al corazón

El colesterol dices?

Pues claro, a mi me dan simvastatina todos días y me dicen que para siempre

PERO CON QUE LO RELACIONAS

Con las venas que se cierran y que te puede dar un patatúz y allí te quedas

Es algo que a mi me da que se descubrió hace poco porque hace unos años atrás yo no había oído hablar de eso y mi padre y mi madre murieron del corazón, pero no de colesterol porque entonces no había o mejor dicho, no se conocía, pero sí sé también que es grave

RG N° 5 55- 65 AÑOS

EL COLESTEROL QUE OS APRECE ES PELIGROSO O NO?

Eso es peligroso para el corazón pero también PARA el hígado porque a mi marido lo tratan del hígado que parece que tiene grasa y le han dicho que controle el colesterol

Con lo digestivo porque siempre te hacen comer muchas verduras con restos líquidos, judías verdes y acelgas y cosas así

Pocas legumbres, nada de chorizo, ni nada de eso

Claro porque ataca al estómago es que cuando nos hacemos mayores es como las plantas, vas perdiendo fuerzas y tienes que cuidarte más

PEROI QUE OS APRECE QUE ES MAS MALO PARA QUE PARA EL CORAZON, PARA EL HIGADO, PARA QUÉ?

Yo creo que para todo

Para todo, para todo... pero más para el corazón

Yo creo que eso es lo que te puede hacer que te de un golpe al motor y eso es malo

Lo que pasa es que las venas se cierran porque se llenan de grasa y claro, no dejan pasar la sangre y eso enseguida se para

RG N° 4 55 – 65 AÑOS

La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia están considerados dos factores que pueden ser riesgosos para el corazón, para otros aparatos de funcionamiento del organismo y en general para la persona. Se trata de los dos padecimientos que todas las mujeres reconocen como peligrosos y de los cuales hay que cuidarse, prevenir y tratarse si están presentes en el organismo.

Un segundo tipo de factores de riesgo recogen aquellas patologías que se han declarado como tal en ciertas personas y que en ningún caso dependen de la existencia o no, de políticas preventivas: se trata de la diabetes y de la obesidad. Se trata de dos patologías diferentes, pero ambas son concebidas como atentatorias para el buen funcionamiento cardíaco. La diabetes es un malestar que surge sin mediar la actitud o el cuidado de la persona porque aparece como un mal sobrevenido, o, en la más frecuente de las circunstancias que parecen conocer, deviene congénitamente por antecedentes familiares, teniendo en cuenta que se trata de herencias no deseadas pero inevitablemente recibidas.

Es una enfermedad que “ataca” tanto a mujeres como a varones, y que pone en evidencia que hay azúcar en la sangre por lo que no se debe comer este producto. Puede ser degenerativo y eso, en muchos casos, es peor que la muerte porque implica la pérdida de miembros (una pierna, una mano...) o el devenir de una discapacidad sensorial (ceguera, sordera, etc.)

La diabetes es algo terrible porque

Pero no depende de uno, no es por lo que uno haya hecho ni nada de eso

Eso te viene

Y te viene de familia

Claro es una herencia que te dejan

Mi cuñado se quedó ciego, el pobre, luego ya murió porque se debilitan mucho

Pero eso afecta también al corazón

Claro si es azúcar en la sangre

LO que pasa es que la diabetes te mata antes que el corazón, de va dejando hecho polvo

GT N° 3 45 – 55 AÑOS

De todas las enfermedades así que tienen que ver con la sangre, no sé si con el corazón, bueno sí porque es la sangre claro, dicen que es la más grave porque además ataca a los niños, hay muchos niños diabéticos y entonces allí te das cuenta que es terrible tener un hijo para darle un mal de ese tipo que tiene que estar cuidándose toda la vida

Pero ahora ya nos e pinchan, antes tenían que hacerlo todos los días, yo tengo una vecina...

GT N° 2 50 – 65 AÑOS

Un tercer grupo de los factores que han sido señalados en el briefing como posibles prácticas (o dejaciones) que pueden incidir en la formación de enfermedades cardiovasculares como son

- Sedentarismo
- Sobrepeso
- Ausencia de una dieta saludable
- Ausencia de autocuidados ante padecimientos leves

- Tratamientos hormonales anticonceptivos o durante la menopausia

... no son considerados por las mujeres factores de riesgo cardiovascular, ni tampoco, necesariamente por sí mismos, padecimientos cardiopáticos. Es decir que se trata de aquellos factores sobre los cuales será necesario incidir de forma muy elocuente en cualquier estrategia de prevención que decida desarrollarse.

Finalmente existe un tipo de factores apuntados

- Sobrecarga laboral
- Exceso de jornada productiva – reproductiva
- Ausencia de consideración diferencial en los diagnósticos médicos

... que las mujeres no parecen considerar en sí mismos factores de riesgos. El último de los mencionados, en la medida en que se le atribuye autoridad a los facultativos, no es tenido en cuenta como una preocupación que deba ser tomada en cuenta ya que se trataría de sumar una duda más, a todas las que tienen frente a un saber del que se saben, se siente, muy deficitarias.

Yo tengo que creerle a alguien que ha estudiado PARA ser médico, hombre, a veces te das cuenta que se equivocan, es verdad, pero en principio, vas a creer en lo que te dicen, sino, ya me dirás

RG N° 1 45 – 55 AÑOS

8.2. Las enfermedades cardiovasculares

Finalizamos esta parte del informe que ocupa la parte más importante de la investigación realizada reiterando lo que señalamos desde las primeras páginas: no existe un conocimiento acerca de lo cardiovascular en sí, y ésta nominación es antes percibida como un concepto técnico que utilizan los facultativos entre sí, pero que no llega a sus percepciones interpretativas. Por ello enfermedades como

- Cardiopatía isquémica
- Ictus
- Trombosis
- Embolia
- Miocardiopatía
- Valvulopatía
- Lupus
- Esclerodermis
- Aterosclerosis
- Sjogren

Les resultan totalmente ajenas en su comprensión y tan solo aquellas que incorporan el término cardio (miocardiopatía ...) pueden interpretarse como peligrosas para el corazón, pero no más allá de dicha presunción. La ausencia de un conocimiento – aunque se trate de un conocimiento trivial - acerca de lo cardiovascular y de la conexión entre órganos vitales como el corazón, el cerebro y en general el funcionamiento del cuerpo humano y sus vasos comunicantes, lleva a una profunda fragmentación del cuerpo que les hace denegar de algunas nominaciones que han oído como por ejemplo “ictus” o aterosclerosis a las que consideran enfermedades neurológicas, por lo tanto temidas y de valoración peligrosas, pero en ningún caso, cardiovasculares.

SEGUNDA PARTE: LA PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA FEMENINA DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

IX.- LA PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA FEMENINA DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

Pasamos ahora a presentar la segunda parte de la investigación, dedicada a las visiones expresadas por el conjunto de profesionales sanitarios entrevistados en torno al tema que nos ocupa: la salud cardiovascular entre las mujeres de 45 a 65 años.

Si hasta aquí nos hemos dedicado a analizar el discurso de las mujeres en torno a su propia salud, nos centraremos ahora en el discurso de los profesionales. En las páginas que siguen atenderemos a lo que expresan y opinan los médicos/as y enfermeros/as implicados/as en el campo de la salud cardiovascular, y atenderemos a ello por dos razones. En primer lugar, por el conocimiento directo que pueden transmitirnos sobre sus pacientes y sobre la forma diferencial en la que las mujeres viven su salud en general, y de forma específica, su salud cardiovascular. Es decir, por su opinión en tanto expertos e informantes clave, conocedores “sobre el terreno” de la problemática que abordamos, cuyos puntos de vista nos permiten complementar todo lo apuntado hasta el momento

En segundo lugar, porque resulta relevante conocer las concepciones, opiniones y discursos de los profesionales médicos sobre las estrategias y acciones preventivas. Esto nos permite explorar el grado en el que se ha incorporado la mentalidad preventiva a la labor cotidiana de médicos y enfermeras del sistema de salud. En particular, atenderemos al modo en el que los profesionales de Atención Primaria – tanto médicos/as como enfermeros/as – comprenden y utilizan la prevención en sus tareas cotidianas: el repaso y análisis de las visiones que sostienen sobre la prevención nos permite detectar posibles déficits en la asunción de labores preventivas o aspectos en los que resulte necesario hacer mayor hincapié a la hora de formar a los profesionales en prevención.

A lo largo del trabajo de campo se entrevistó, como ya hemos señalado en el capítulo de presentación metodológica, a 22 profesionales de diferentes especialidades sanitarias implicados en la prevención, manejo y tratamientos de la enfermedad cardiovascular. Los/as profesionales fueron abordados mediante entrevistas abiertas semiestructuradas que giraron en torno a la problemática de la salud cardiovascular en las mujeres, buscando la aproximación a esta problemática desde su propia posición en el sistema sanitario y desde su propia especialidad médica. Si bien se contaba con un guión con los principales puntos a tratar, en el curso de las entrevistas se tendía a dejar que surgieran los temas de forma no dirigida, buscando que los entrevistados/as los plantearán en los propios términos, desde sus propias preocupaciones y focos de interés.

Al permitir y fomentar esta expresión más espontánea, menos dirigida, las entrevistas recogieron un discurso doble, que es el que afrontaremos a lo largo de este informe y que nos permitirá movernos en un doble plano:

- Por un lado, las opiniones expresadas y explícitas de los/as entrevistados/as sobre la especificidad de la salud cardiovascular en la mujer y las posibles diferencias o similitudes con los varones. Opiniones y discurso explícitos que nos sirven para complementar, mediante el recurso a la mirada experta, todo lo aportado a lo largo de la primera parte de este informe.
- Por otro lado, en el discurso de los profesionales se manifiestan también toda una serie de supuestos, valores y conductas en cuanto a la prevención de la salud. Los entrevistados narraron no sólo las acciones preventivas que se llevan a cabo en su centro o lugar de trabajo, sino también sus opiniones sobre la eficacia de la prevención, sobre las mejores maneras de comunicar actitudes preventivas a sus pacientes, los límites que perciben, etc.

Hemos dividido la exposición de toda la información recogida en cuatro capítulos diferenciados, que organizarán esta segunda parte del informe.

- En primer lugar, expondremos las opiniones de los profesionales entrevistados sobre la especificidad de las situaciones de salud del colectivo de mujeres de entre 45 y 65 años, centrándonos en los principales aspectos que éstos consideraron centrales para comprender y abordar actualmente la salud de esta población

femenina. De forma específica, dado el foco concreto del estudio, iremos señalando las consecuencias para el caso específico de la salud cardiovascular.

- El segundo y tercer capítulos están dedicados a la valoración que los profesionales hacen de la prevención, ya sea como estrategia/objetivo general del sistema de salud, ya sea en la valoración de los programas y acciones que existen actualmente, así como a las sugerencias que proponen para la implementación de nuevas acciones.
- El último capítulo estará dedicado a la realización de un análisis del discurso profesional desde la perspectiva de género, a partir de la hipótesis de una posible existencia de sesgos de género en la atención profesional a los episodios cardiovasculares.

X.- LA ESPECIFICIDAD DE LAS SITUACIONES DE SALUD DE LAS MUJERES DE 45-65 AÑOS: PRINCIPALES ASPECTOS DESTACADOS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Como venimos apuntando, las entrevistas con profesionales se organizaron alrededor de la especificidad que podría tener la situación de salud de las mujeres de más 45 años, y en particular a la hora de desarrollar, sufrir y experimentar patologías cardiovasculares. Así, la primera y fundamental coincidencia entre los/as entrevistados/as es el reconocimiento unánime de los profesionales sobre la gran importancia del género en cuanto a la salud y prevención, tanto la salud general como la salud cardiovascular en concreto.

Por ello se señaló repetidamente la importancia de varias situaciones propias de las mujeres de 45 a 65 años en lo que se refiere a las vivencias de salud y a los factores de riesgo, y ante todo se destacaron tres dimensiones de especial relevancia, que son las que pasamos a reseñar en el presente capítulo:

- Los determinantes y condicionamientos generales de salud de la población femenina de estas edades, y en concreto la menopausia y el rol de cuidadora.
- La mayor o menor prevalencia específica de una serie de factores de riesgo y la mayor o menor extensión de un conjunto de hábitos saludables entre las mujeres mayores de 45 años.
- Por último, la influencia de las imágenes culturales dominantes sobre las enfermedades cardiovasculares

10.1. Los determinantes y condicionantes de salud de las mujeres

Tal y como reconocen todos los profesionales que hemos entrevistado (y como hemos repasado minuciosamente en la primera parte del presente informe), la población femenina de entre 45 y 65 años experimenta situaciones vitales y sanitarias particulares, que hacen que el colectivo de mujeres adultas tenga necesidades específicas de atención sanitaria. En particular han aparecido dos cuestiones que, a juicio de los profesionales, resulta absolutamente prioritario tener en cuenta a la hora de plantearse cualquier tipo de acción o intervención con este colectivo: la menopausia dentro del ciclo vital femenino y el persistente rol de cuidadora atribuido a las mujeres.

10.1.1. LA MENOPAUSIA DENTRO DEL CICLO VITAL

Todos los profesionales entrevistados destacaron la importancia de la menopausia como factor central de riesgo cardiovascular en la mujer. Al decir de los entrevistados, la menopausia marca una serie de cambios en la mujer que afectan no sólo a su salud en sí, sino también a su relación con ésta, al modo de relacionarse y comprender su propio cuerpo y los procesos que en él se dan.

Los cambios hormonales que se producen con la menopausia facilitan la aparición del riesgo cardiovascular en la mujer que, hasta ese momento, se hallaba naturalmente protegida por la producción de estrógenos, protección hormonal que comienza a cesar en la menopausia. A partir de la menopausia, a las mujeres les afectan en mayor medida factores de riesgo tales como el tabaquismo, el stress y los hábitos de vida no saludables que conllevan al sobrepeso o al sedentarismo, y que favorecen la aparición de afecciones cardiovasculares.

Pero, según ponen de manifiesto los profesionales, las mujeres no son conscientes de la incidencia de la menopausia en su salud cardiovascular y no relacionan algunas prácticas de su vida cotidiana con el riesgo cardiovascular.

*“La menopausia es un cambio total en la mujer. Cambia todo, y entre ello el factor de riesgo cardiovascular ante el que antes estaba naturalmente protegida. Ellas no relacionan los cambios de la menopausia con la aparición de afecciones cardiovasculares y tampoco relacionan éstas con enfermedades cardíacas”
(Enfermera C.S. Zona Centro, Madrid)*

Según los profesionales, las mujeres a partir de la menopausia van más al médico con sintomatologías poco claras y, con frecuencia, con situaciones de estrés y angustia que denotan en parte su ignorancia sobre la incidencia de la menopausia y sus manifestaciones. Aseguran que las mujeres establecen una nueva relación con su salud desde que surgen los primeros síntomas de la menopausia: tienen mayor interés por su autocuidado, por adquirir y consolidar hábitos de vida saludable, por prevenir enfermedades y afecciones que relacionan con esta fase de sus vidas. Pero entre las preocupaciones que se despiertan alrededor de la menopausia no están las afecciones cardiovasculares, sino que son otros los problemas relacionados con este nuevo período vital los que llevan a la mujer a preocuparse por su salud y a acudir a los servicios sanitarios.

“Sí, vienen más por que se encuentran mal. Engordan, sofocos, insomnio, temas sexuales que no se tocan en consulta pero que existen y crean malestar en la pareja. No se tocan estos temas pues se consideran que es lo normal y lo natural. Le pasa también a la vecina y no se queja o sea que no hay que quejarse. Estos temas al final se abordan a través de otros, la tensión alta, la angustia, el estrés”. (Enfermera C.S. Suroeste de la CM)

Lo que preocupa a las mujeres de la menopausia en lo que se refiere a su salud es, por un lado, atajar las molestias que empiezan a padecer como sintomatología (sofocos, insomnio, incontinencia...), y por otro, el posible riesgo de padecer osteoporosis o enfermedades neurológicas. Pero en apenas ningún caso, según indican los profesionales, son conscientes del aumento de riesgo cardiovascular que su nueva situación conlleva:

“Las mujeres, a partir de que empiezan con la menopausia, vienen sobre todo porque tienen molestias, insomnio, sofocos, hemorragias. Y también para tratarse de la incontinencia, que actualmente tiene mucha posibilidad de tratamiento y es importante para ellas. Antes no podían ni siquiera ir de viaje, y el solucionar el problema cambia totalmente sus vidas. También les preocupa mucho tener osteoporosis y todas quieren hacerse densitometría”

(Ginecóloga Hospital Público. CM)

“A las mujeres lo que les preocupa de la menopausia es la osteoporosis. Los dos grandes temas que preocupan a

las mujeres de esas edades son la osteoporosis y las enfermedades neurológicas, vértigos, cervicalgias.... La osteoporosis es muy preocupante porque han visto los efectos que puede provocar en sus madres, la ruptura de cadera, la inmovilidad...Es lo que más les preocupa pues es algo que ven, que lo viven. Por algo se dice que la mujer nace y muere por la cadera”. (Médico Servicio de Urgencias. Hospital Público. Zona Noroeste de la CM)

Parte de esta desconexión entre la menopausia y el incremento del riesgo cardiovascular proviene, a juicio de los entrevistados, de una concepción extendida entre las mujeres: considerar la menopausia como un episodio concreto, limitado en el tiempo, como una “enfermedad”, que muchas veces se cura con medicamentos. Se confunde la menopausia con los primeros síntomas de su inicio (sofocos, insomnio...), sin comprenderla como una condición que, a partir de su aparición, definirá la situación global de salud de las mujeres.

“Hay la creencia de que la menopausia es un enfermedad que dura un cierto tiempo, no considerándola por tanto como un nueva situación de la mujer en la que se producen unos cambios que durarán toda la vida. Esta creencia se consolida por la ingesta de medicamentos relacionados paliativos de las manifestaciones primeras de la menopausia, los sofocos, la angustia, insomnio... “ (Enfermera C.S. Zona noreste de Madrid capital)

Esta forma de entender la menopausia como enfermedad, como episodio, y no como condición global de la salud, afianzaría la despreocupación de las mujeres por el riesgo cardiovascular, ya que se construye sobre una idea inconexa del organismo, donde cada sistema y órgano aparece como independientes del resto pudiendo ser tratado con la medicación adecuada. Desconexión orgánica que, como ya señalamos en la primera parte del informe, afecta de forma particular al corazón y a lo cardíaco y que resulta contraproducente para la comprensión global del sistema cardiovascular.

De forma estrechamente relacionada, algunos profesionales coinciden al señalar la invisibilidad social de la mujer mayor y sus condiciones de vida, lo que explicaría en parte que la menopausia como período de la vida de la mujer no esté presente en nuestra sociedad. La información directa o transversal sobre la menopausia es escasa y se circunscribe al estricto ámbito sanitario y al más informal de la experiencia de otras mujeres. La mujer mayor con su problemática

no suele ser protagonista en los medios de gran difusión: series de TV, revistas femeninas, etc.

“Si te fijas, lo estoy pensando ahora según hablamos, en los medios en la publicidad, en las series, etc. no hay una presencia de la mujer mayor... La mujer joven, y la adulta joven son la diana de los medios, de las revistas especializadas, de las dietas y de la estética en general... y la mujer de las edades que estamos hablando... no está por ningún sitio” (Cardiólogo. Hospital Público. Madrid)

Podríamos concluir que, según los profesionales entrevistados, las mujeres en general mantienen una considerable ignorancia sobre la realidad de la menopausia, así como de sus manifestaciones y consecuencias en el organismo, y de forma particular, no son conscientes de su posible relación con el riesgo cardiovascular, lo que afecta negativamente a la importancia que otorgan a la prevención cardiovascular.

10.1.2. EL ROL DE CUIDADORA ENTRE LAS MUJERES

La totalidad de entrevistados coinciden en considerar como una característica importante de las mujeres en estas edades (de 45 a 65 años), y que define en buena medida las condiciones de vida del colectivo femenino, el rol de proveedoras de cuidados a familiares. En la visión que los profesionales aportan sobre la relación de la mujer de esas edades con la salud, hay un eje central que tiene que ver con ese rol de género ampliamente asumido por la población femenina, tanto por las amas de casa que dedican todo su tiempo al cuidado como por las mujeres trabajadoras, abocadas a la constante sobrecarga de la doble jornada. Así, todos los profesionales entrevistados señalan el papel de cuidadora de la mujer como el factor principal que guía su comportamiento en materia de salud, y muy especialmente en lo que se refiere a la desatención a su propia salud para dedicarse a los demás, a los otros.

“El tema de género es grave. No se pueden poner malas. Vamos a ver, el tipo de vida que te has montado y que has generado supone que tu vida está dedicada al cuidado de otros. Si no tienes a quien cuidar entonces llega el vacío, el vacío, la despersonalización efectiva. No existes, existes en cuanto que el otro existe” (Enfermera C.S. Sureste. Madrid)

A partir de su experiencia profesional, los entrevistados señalan que este rol tradicional de género, que persiste aún con fuerza en la población, tiene consecuencias claras con respecto a la salud femenina en su conjunto y con la cardiovascular en concreto:

Ante todo, la dedicación al cuidado de los demás conduce a la dejación del autocuidado. Las mujeres vigilan la salud de sus familiares, a la par que desatienden en buena medida la suya. Ellas, y muy especialmente las de más edad, antepone las tareas y obligaciones familiares a las propias necesidades, incluso cuando tienen que ver con la propia salud. Siempre condicionan su autocuidado a las situaciones familiares.

“Tenía un dolor de espalda inespecífico, pero era una mujer hipertensa y cuando vi el electrocardiograma... Uff! Le dije: “¡Pero se tiene que ir usted a urgencias corriendo!”. Y ella decía que no podía porque tenía que hacer la comida a su marido. “Lo siento, pero hoy su marido tendrá que comerse un bocadillo y usted se va al hospital ahora mismo ...” (Médica. C.S. Centro. Madrid)

Muchas mujeres de las edades que afrontamos en el estudio encuentran muchas dificultades para dedicarse tiempo a sí mismas, lo que repercute en sus hábitos, como ya se señalaba al tratar sobre la práctica de ejercicio físico. La multiplicidad de tareas que asumen en el hogar y en el cuidado de los otros les imposibilita el encontrar ese tiempo necesario para ellas.

“Es muy difícil. Las mujeres no tienen tiempo para cuidarse...Las madres de familia ponen en primer plano a la familia, ellas quedan detrás”. (Médico, Urgencias Hospital Público.CM)

Este posicionamiento de las mujeres llega a provocar conflictos y estrés en muchas de ellas. Cuando dedican tiempo a su propia salud sienten que no están atendiendo “sus obligaciones”, lo que les genera sentimientos de culpa por no estar haciéndose cargo del cuidado de sus hijos, nietos, etc. En el caso de algunas mujeres, y especialmente en aquellas que no tienen una actividad laboral, el cuidar de los demás pasaría a ser la forma de saberse y sentirse útiles, de tener un objetivo en la vida.

En ocasiones, este papel “invisible” de las mujeres lleva incluso a que se coloquen en el papel de paciente “secundario”, siempre por detrás del resto de miembros de su familia. Según observa uno de los especialistas, es muy habitual

que la mujer acuda a su consulta como acompañante de familiares, no como paciente, pero que aproveche entonces la consulta para preguntar por alguna dolencia propia que le preocupa y que ha mantenido “cubierta” hasta entonces.

“En el caso de las mujeres que van a mi consulta, normalmente lo hacen de acompañantes de hijos, maridos, suegros, padres... Ellas preguntan mucho, se interesan mucho, son más disciplinadas con las medidas que debe tomar el paciente. Siempre más dispuestas pero para cuidar a los otros, no a ellas. La mujer cuando pregunta algo referente a ella es porque le está pasando algo que le preocupa o porque ha oído de otras mujeres que les ha pasado algún evento cardiovascular”.
(Cardiólogo sociedad privada. Madrid)

Por otro lado, la mujer no reclama para ella el mismo trato de cuidado a aquellos a los que ella dedica su atención, y hasta lo rechaza. El hecho de ser cuidada, ser sujeto de preocupación para los familiares cercanos, incluso para el propio marido o compañero, está fuera de la imagen que la mujer adulta tiene sobre ella misma y sus relaciones con los de alrededor. Por el contrario, intenta evitar ser lo que entiende como una “carga”, mientras le parece que los demás a los que dedica sus cuidados no lo son, con lo que promueve y afianza la despreocupación de sus allegados hacia ella. La mayoría de los profesionales observan que los maridos y parejas masculinas no muestran interés ni se preocupan por la salud de sus mujeres, excepto cuando a éstas se les diagnostica una enfermedad.

“Ellos de ellas nada, nada. Porque la cuidadora fundamental es siempre la mujer” (Médica. C.S. Centro. Madrid)

“Cuando están enfermas entonces sí, entonces vienen acompañándola y te preguntan mucho. Fíjate, yo hay ocasiones en las que el marido me pregunta tantas veces cuándo se va a poner su mujer buena que llego a pensar mal (se ríe). Pienso: “¿lo preguntará porque le preocupa la salud de su mujer o porque le preocupa que no le pueda atender a él como siempre?” (Enfermera C.S. Noreste. Madrid)

Además, el discurso social incidiría y fomentaría, en opinión de los profesionales esta abnegación y entrega de la mujer a los demás, y el olvido de sus propias necesidades:

“El discurso externo es de abnegación, para las mujeres claro. Tienes que hacer las cosas por los demás. No, tienes que hacer las cosas por ti. La mujer está siempre posicionada en segundo lugar”. (Enfermera. C.S. Sureste. Madrid)

Algún profesional ha destacado que las situaciones más graves dentro de esta estructura de cuidado – las de mayor dedicación en el cuidado a familiares con grandes dependencias – tienen consecuencias directas en la salud cardiovascular de las mujeres, debido a la sobrecarga física, al estrés que suponen y a la imposibilidad que conllevan para tener una vida normalizada y mantener hábitos saludables.

“Esta dedicación de la mujer es general y se acentúa si tienen gente dependiente. Si la mujer además de trabajar, tiene la carga familiar, su situación de riesgo es mayor. La situación de riesgo relacionada con la vida dedicada al cuidado de otros depende también de las características socioeconómicas de la mujer, el tipo de empleo que tenga, el nivel cultural, las posibilidades económicas, el tipo de ayuda que tenga en el hogar...” (Médico. Internista Clínica Privada. Madrid)

La clase social aparece aquí como variable que marca diferencias entre las mujeres: la asunción del papel de cuidadora que se observa en el conjunto de mujeres tiene algo menor presencia en mujeres de sectores sociales de clases medias altas y profesionales. La forma de vida en estos casos, con actividad profesional, situaciones económicas más desahogadas, y concepciones culturales más igualitarias, se asemeja más a las de los varones en el sentido de que sus intereses personales, y entre ellos la salud y el autocuidado, están menos limitados por la necesidad y costumbre del cuidado de “los otros”.

“Claro, esto es en general. Por supuesto que ahora hay muchas mujeres de estas edades, de a partir de los 40 años, que tienen su profesión, están divorciadas o separadas, no tienen niños o ya los tienen criados y tienen autonomía económica. Son mujeres que no se crean la obligación de cuidar a los de alrededor.” (Médico. Internista Clínica Privada. Madrid)

Por el contrario, en la mujer adulta de las clases medias-bajas, y muy especialmente en las amas de casa, es donde esta tarea de cuidadora está plenamente interiorizada y pasa a formar parte esencial de su función familiar.

“En la población que atendemos, en su mayoría clase trabajadora, la gente tiene una vida bastante complicada y falta de tiempo. En el caso de las mujeres se pueden agudizar estos inconvenientes si tiene que ejercer una función de cuidadora en su entorno. El cambiar de hábitos es lo más difícil y además depende de la situación de cada persona...No le puedes decir a una persona que trabaja mañana y tarde y llega a casa y yo que sé, tiene incluso que ser cuidadora, que tenga una vida ordenada y que haga ejercicio físico. Es difícil...”.
(Médica. C.S. Centro. Madrid)

Esta provisión de cuidados no se limita al marido e hijos, es decir, a la familia nuclear, sino que, en las edades algo más adultas, estaría extendiéndose hoy a un segundo grado de parentesco: los nietos. Algunos profesionales de barrios madrileños del sur y del este perciben que actualmente hay menor presencia del grupo de mujeres de menos de 65 años en los Centros de Salud que en épocas anteriores, lo que achacan a que a muchas amas de casa se les han añadido una responsabilidad en el cuidado de los nietos que antes no se tenía de forma tan extendida

“Hay un grupo de edad, precisamente esas mujeres de menos de 65 años que están dedicadas a cuidar de sus nietos. Cuando les preguntas, bueno vamos a ver, ¿Cualquier día de la semana? No, porque tengo que recoger a los niños...No tiene tiempo para ella. Es la cuidadora universal durante toda su vida. Ese es el modelo. El grupo de mujeres perimenopáusicas sólo vienen cuando les pasa algo, subida de tensión, un corte...Tengo la sensación, fíjate, de que es un grupo de mujeres que hemos perdido. Yo tengo la sensación de que antes, las mujeres de esa edad venían más. Claro eso es así, niños con abuelas. Porque han cuidado a sus hijos, ahora a sus nietos, y van a cuidar a todo lo que se ponga por delante porque ¡cómo voy a decir que no!”
(Enfermera C.S. Suroeste. Madrid)

Otra consecuencia de este rol de género es que la desatención a la salud propia llega a provocar incluso una mayor resistencia al dolor entre las mujeres. Así, se

dice que las mujeres aguantan los síntomas dolorosos de la enfermedad en mucha mayor medida que los varones. Esta segunda consecuencia del rol de cuidado tiene una influencia directa para la experiencia femenina de los episodios cardiovasculares agudos pues, tal y como apuntan muchos entrevistados, con frecuencia la mujer llega a los servicios sanitarios en mala situación, con mayor deterioro por el avance de la enfermedad. Acuden a los servicios de salud cuando “ya no pueden más”.

“Mucho más... Las mujeres tienen una tolerancia al dolor impresionante. Yo he tenido una señora que llevaba cinco días con un infarto. Cinco días. En ese nivel. Tienen un dolor y aguantan, aguantan, la verdad es que muchísimo. Ellos son unos cobardicas (se ríe)”
(Médica. C.S. Centro. Madrid)

10.2. Factores de riesgo y hábitos de vida saludable en la población femenina de entre 45 y 65 años

Si la entrada en la menopausia y el rol de cuidadora suponen los condicionamientos más generales de la salud femenina en las cohortes de edad de más de 45 años, en el estudio se han expresado igualmente diversas opiniones sobre las conductas de esta población, en tanto que esas conductas se tornan bien en factores de riesgo, bien en hábitos saludables. Los aspectos más destacados al respecto han sido:

- Tabaquismo
- Estrés
- La asistencia a centros sanitarios
- Dieta y sobrepeso
- Ejercicio físico

a. TABAQUISMO

El tabaquismo resulta un importante factor de riesgo que equipara a la mujer con el varón en cuanto a riesgo cardiovascular y ante el que las mujeres no parecen mostrar mayor preocupación. El tabaquismo es cada vez mayor entre las mujeres y es un importante factor de riesgo cardiovascular:

“Las mujeres tienen una gran preocupación por el cáncer y ninguna por las enfermedades cardiovasculares. Porque las mujeres se sienten protegidas hormonalmente. Pero el tabaquismo, propio actualmente de las mujeres. Los hombres a partir de los 50 años dejan de fumar. Las mujeres pasan de ese tema. Tienen una adherencia al tabaco mayor que el hombre y les cuesta más dejar el tabaco. ¿Por qué? Porque creen que ellas no tienen riesgo. Pero cuando tienen la menopausia si fuman, rápidamente se equiparan a los varones en riesgo” . Médico. Internista de Clínica Privada. Madrid

El problema de la adicción al tabaco en la mujer parece, según estudios que señala una de las personas entrevistadas, no ser casual o solamente manifestación de un fenómeno social o de modas. De acuerdo con esta Médica, algunas investigaciones científicas estarían profundizando sobre características fisiológicas, incluso genéticas, que avalarían la mayor adicción de las mujeres a diferentes sustancias, entre ellas el tabaco. De todas maneras, esta posible diferencia fisiológica entre hombres y mujeres es mencionada únicamente por esta entrevistada.

“Cuando a un hombre que ha tenido un problema le dices: “Deje de fumar”, lo deja y normalmente de manera radical. Bueno hay casos en los que no, pero normalmente es así. A ellas les cuesta mucho más y además las mujeres desean dejar de fumar menos que los hombres”. (Médica. C.S. Centro. Madrid)

Hay que señalar también que, según apuntan algunos entrevistados que trabajan en el ámbito rural, el problema de la adicción al tabaco resultaría menos presente en entornos rurales, siendo más peculiar de los entornos urbanos y más “modernos”

b. ESTRÉS Y FACTORES PSICOLÓGICOS

Un segundo conjunto de factores de riesgo que afecta de forma particular a la población femenina tiene que ver con factores de naturaleza psicológica y social que afectan de manera especial a la mujer y que tendrían mucho que ver con su situación social, con el rol que haya asumido y con dificultades relacionales y sociales que son vividas por ella de forma particular.

“En estas edades de las que me hablas se juntan en la mujer muchos factores no sólo físicos sino también psicológicos que no se deben descartar y que afectan a su salud cardiovascular por ser origen de stress, angustia, etc..”
(Médico. Urgencias Hospital Público. Noroeste. Madrid)

Los profesionales advierten sobre situaciones y formas de vida frecuentes entre las mujeres que pueden desembocar en riesgo cardiovascular debido a la agresión que suponen para la salud personal, a que provocan una menor capacidad e interés en el autocuidado, y en último término, a su influencia en el desarrollo de estrés, entre ellas:

- La centralidad de la casa y el entorno familiar como espacio fundamental de relación. Poco espacio en la vida pública.
- La depresión del ama de casa,
- La sobrecarga de trabajo laboral y familiar
- La forma especial de afrontar circunstancias de la vida, las contrariedades afectivas.
- El permanente estado de preocupación por las personas de su entorno

Estas particulares situaciones pueden ser el origen de estrés y del consiguiente deterioro cardiovascular que, como avalan los estudios clínicos, su persistencia supone.

“El estrés en las mujeres se da en muchos casos y es debido a situaciones difíciles de trabajo, económicas, de la dependencia a ellas de los hijos y otras personas de la casa. Este estrés no ayuda a llevar una vida sana y es peligroso. El estrés es no llegar a fin de mes, por ejemplo” . (Cardióloga. Hospital Público. Madrid)

“Las mujeres tienen más estrés afectivo que los varones y este fenómeno no se suele tener en cuenta por parte de los distintos facultativos, sobre todo en edades donde ya está presente la menopausia”. (Enfermera. C.S. Centro. Madrid)

Hay que resaltar, además, que las mujeres son conscientes de que el estrés tiene una relación directa con la aparición de la hipertensión arterial, pero no le

dan, a juicio de los profesionales, la importancia debida, ni se pone finalmente en relación con el incremento de riesgo cardiovascular.

“El sufrir de estrés es habitual entre las mujeres debido a la carga de trabajo laboral, familiar, etc. Lo relacionan con la subida de tensión, pero frecuentemente lo consideran un episodio sin mayor repercusión...Las mujeres somatizan mucho”. (Médica C.S. Madrid Centro.)

c. ASISTENCIA A CENTROS SANITARIOS

Los profesionales observan una serie de hábitos relacionados con la asistencia a centros sanitarios y el acatamiento del mandato médico, que están presentes en mayor medida entre las mujeres y que las favorecen en cuanto a la posibilidad de mayor prevención y cuidado de su salud. Entre estos hábitos, que aparecen como un claro refuerzo a las posibles acciones de intervención en la salud femenina desde las instituciones sanitarias, se destacan:

- Una mayor presencia de la mujer frente a los varones en los servicios sanitarios de atención primaria, como paciente y también como acompañante⁷.

“Sí, las mujeres vienen más al Centro de Salud, sobre todo las que no trabajan fuera de casa y las mayores que ya no trabajan. Vienen para temas suyos y muchas veces como acompañantes de maridos, suegros, padres, hijos, nietos...” (Médico C.S. Sur. Madrid).

- Mayor participación de las mujeres en las campañas preventivas de información y formación sobre distintos temas de salud. Este fenómeno es apreciable en los programas de prevención de los Centros de Salud y, de manera especial, en los Centros Madrid Salud y en la medicina de empresa, ámbitos sanitarios estos últimos con especial dedicación a la prevención.

⁷ En efecto, diversos estudios han corroborado esta mayor asistencia de las mujeres a los centros de atención primaria, hecho que contrasta con el hecho de que los varones reciben más tratamiento hospitalario y en un estadio más temprano de la afección cardiovascular, e.g. los estudios citados en RUIZ CANTERO y VERDÚ-DELGADO, “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, op.cit., págs.120-121

“Aquí vienen infinitamente muchas más mujeres que hombres. Y muchos de los que vienen es porque sus mujeres insisten: vete, ya verás que amable es, si no te va a hacer nada...” (Médica. Centro Madrid Salud. Madrid)

“Sí, en nuestra experiencia, que tenemos en marcha programas de prevención, las mujeres participan más que los varones. Están más interesadas en informarse. En los programas de prevención específicos para ellas, como los referentes al cáncer de mama hay una participación altísima. Los hombres participan menos, incluso en los programas específicos suyos”. (Enfermera de empresa. Madrid)

- Mejor acatamiento que los varones de los mandatos médicos y las medidas preventivas que se le aconsejan. Las mujeres atienden algo más a las recomendaciones que les puede hacer su Médico/a respecto de hábitos de vida saludables, preocupándoles más que a los varones el autocuidado y tendiendo en menor medida a solucionar todos los problemas a base de medicación.

“Sí, sí, mucha diferencia. El hombre el autocuidado poquísimo (...), las que demandan más información son las mujeres, y ellos nada, les da lo mismo. Todos los hábitos perniciosos los tienen. Beben, fuman, no hacen nada de ejercicio, ni te hacen caso para nada. Ellas se preocupan más”. (Médica C.S. Centro. Madrid)

- Mayor preocupación de las mujeres ante las afecciones que les resten autonomía para el cumplimiento de las funciones que tienen asumidas o que puedan suponer algún grado de dependencia. Según expresan varios de los entrevistados, las mujeres en general se cuidarían más porque les asustan y preocupan más que a los varones las enfermedades que no les permiten continuar con sus actividades habituales y, sobre todo, que les hacen depender de otros (inversión de su rol tradicional de cuidadoras)

“A las mujeres les asustan las enfermedades, sobre todo si suponen que ya no van a poder cuidar de la familia y de la casa, de sus obligaciones. Y más aún aquellas que les hagan depender de otros. Muchas de ellas han tenido

que cuidar de familiares enfermos y saben la carga que eso supone....” (Enfermera C.S. Noreste. Madrid capital)

d. SOBREPESO Y DIETA

El sobrepeso resulta un factor de riesgo que tiene una especial centralidad en la salud de la población femenina. Según manifiestan los entrevistados, el aumento de peso es un fenómeno que muchas mujeres llegan a admitir como una consecuencia irremediable de la edad avanzada y, que por tanto, se asume como algo “natural” y “lógico”, tornando al sobrepeso en edades adultas en algo más difícil de combatir.

“Las mujeres no están informadas. La imagen que tienen las mujeres sobre la menopausia es que las mujeres mayores tienen un determinado tipo de cuerpo, sobrepeso...Y hasta que tú les empiezas a preguntar e indicar sobre la dieta, el ejercicio que hacen, etc. es que ni se lo plantean como un tema de salud”. (Enfermera C.S. Suroeste CM)

Sin embargo, se destaca que generalmente las mujeres tienden a seguir mejor las dietas alimenticias que los varones, quienes en muchas ocasiones las hacen porque se las “imponen” sus mujeres siguiendo la indicación del médico. Ante esta realidad, alguno de los profesionales entrevistados llega a afirmar que el papel de la mujer es fundamental en el mantenimiento de los hábitos de vida saludables del conjunto de la familia, sobre todo en lo que se refiere a la dieta.

Pero se resalta que el cuidado con la dieta en el caso de la mujer tiene mucho que ver con consideraciones de tipo estético, no sólo ni sobre todo con el mantener hábitos de vida saludable. Evitar el sobrepeso para mantener una imagen adecuada es uno de los grandes motores de las dietas a las que se someten las mujeres. Señalan también los profesionales el bombardeo informativo a través de todos los medios e incluso de la industria farmacológica, dirigido especialmente a las mujeres, sobre dietas para el control del sobrepeso. Suficientemente resaltado ha sido ya la influencia de los modelos de género a la hora de modelar la silueta femenina por medio de la alimentación.

Esto no supone que, de por sí, las mujeres tengan una mejor dieta que los varones. Algunos entrevistados han resaltado, de hecho, la desinformación que aún persiste, sobre todo entre los sectores sociales menos instruidos y muy

especialmente entre las amas de casa de edades superiores a los 50 años, sobre la correcta composición de una dieta equilibrada:

“Es cierto que normalmente todas las personas se quedan con lo que les interesa de la información de manera muy superficial. Hay una gran resistencia a cambiar de hábitos alimenticios y una gran profusión de información, a veces contradictoria. Las mujeres de esa edad, mayores de 50 años, no tienen información. Tienen una idea de que hay algunas cosas de las dietas que hacen que no son las adecuadas, pero no tienen una información clara para poder luego decidir si siguen una dieta saludable o no”. (Enfermera C.S. Suroeste CM)

Pero si que parece existir un acuerdo entre los profesionales entrevistados respecto de que la modificación de la dieta no siempre resulta tan dificultosa para las mujeres como lo es para los varones. El problema a este respecto se plantea principalmente en relación con el ya citado rol de cuidadora, en dos sentidos:

- Las mujeres dedicadas al cuidado de personas con gran dependencia tienden a descuidar su alimentación.
- En ocasiones, en contextos donde las mujeres se ocupan de la alimentación familiar, pueden encontrar problemas para seguir una dieta propia al no poder “imponer” a la familia sus restricciones dietarias

e. EJERCICIO FÍSICO

Por contraste con la aparente mayor facilidad, o hábito, de modificar sus dietas, se aprecia que las mujeres han seguido peor tradicionalmente las indicaciones sobre la necesidad de hacer actividad física.

En efecto, a pesar de la existencia de una creciente oferta de instalaciones y programas deportivos, muchas mujeres de más de 45 años no tienen hábitos adquiridos y se resisten a utilizar estas facilidades. Algún profesional admite que de alguna forma la mujer española adulta “ha llegado tarde” en la adquisición de este hábito. Esta falta de interés por el ejercicio físico tiene distintos componentes, según la pertenencia de las mujeres a ámbitos geográficos, a colectivos ocupacionales y a niveles socioeconómicos diferentes, como se pone de manifiesto a lo largo del discurso de los profesionales entrevistados. Así, la

resistencia a adoptar las recomendaciones médicas respecto de la actividad física es más evidente en las mujeres de ámbitos rurales que han abandonado la costumbre del paseo y en las de ámbitos urbanos pertenecientes a las clases más populares, sobre todo al ama de casa tradicional.

“Al ejercicio físico no se le da ninguna importancia. Las formas de vida están dominadas por el coche como progreso...es muy difícil. Es que además el entorno, que es un entorno natural maravilloso, no lo favorece. Hasta hace poco se paseaba, pero desde hace años andar por la carretera es superpeligroso. Y no hay caminos ni se han hecho circuitos cardiovasculares como en otros pueblos, o como veo en pueblos del norte que unen un pueblo con otro con un carril bici. Pero bueno, tenemos polideportivo pero no se usa. Aquí no, ahora parece que alguno se lo plantea. Este es el imperio del coche, el coche es progreso...hemos pasado de una sociedad rural al progreso. Y el coche es parte de ese progreso y se utiliza para todo...” (Enfermera C.S. Suroeste CM)

De nuevo, como vemos, las mujeres que asumen con mayor fuerza el papel tradicional de cuidadora principal de familiares son quienes mayor resistencia y mayores dificultades encuentran para realizar ejercicio físico: la falta de tiempo y la menor posibilidad de relaciones y actividades sociales por parte de las cuidadoras obstaculizan en mayor medida, según alguno de los profesionales entrevistados, la práctica habitual de actividades físicas. El ama de casa pasa la mayor parte de su tiempo en el entorno familiar, con horarios de “día completo” y tiene menor presencia social que el varón, por lo que con frecuencia la actividad física femenina es ocasional e individual, lo cual le resta parte de sus alicientes.

“Los varones hacen más actividades físicas en grupo, mas sociales: juegan al golf, al tenis, al paddel. Las mujeres en cambio hacen actividades en solitario, andar, correr, pero de una manera más informal y cuando consideran que “les sobra tiempo”. Esta falta de tiempo en las mujeres es permanente porque asumen el trabajo y cuidado de la familia, además de la actividad estrictamente laboral. Por esta razón, no quedan con otras personas para hacer ejercicio físico y éste es al final una actividad residual. En los hombres, por el contrario, el hacer ejercicio físico se enmarca en su actividad social. (Cardiólogo Sociedad privada. Madrid)

Al igual que sucede con la alimentación, también en cuanto al ejercicio físico se demuestra una influencia del estatus socioeconómico: las mujeres de clases altas y medias altas y con niveles culturales más elevados están más informadas y preocupadas por la práctica del ejercicio físico y tienen, además, más posibilidades que el resto de las mujeres de llevarlo a la práctica, por su propia forma y medios de vida,

“Las mujeres tienen mucha dificultad para cuidarse. Tienen difícil el hacer ejercicio físico pues están más en casa que los varones y tienen menos vida social que les impulse a salir, hacer alguna actividad, pasear, etc. Además tienen más cargas familiares asumidas y por tanto menos tiempo. Muchas insisten en que el trabajo de la casa sustituye al paseo que es una pérdida de tiempo: “Si no he parado en todo el día...” (Enfermera Atención Primaria, Centro Madrid)

Sin embargo, se han señalado también aspectos positivos a este respecto: parecería que poco a poco sí que comienzan a cambiar los hábitos, y que progresivamente se estaría incorporando la práctica de ejercicio físico entre las mujeres. En particular, se ha destacado cómo las mujeres tienden a incorporar mejor el ejercicio físico cuanto mayor sea la dimensión social y relacional del mismo. Es decir, encuentran mayor éxito las acciones de prevención al respecto que se organizan grupalmente, con amigas, vecinas, etc: los paseos en grupo o las clases de pilates o yoga en centros municipales aparecen así como las acciones a fomentar, más que tipos de ejercicio más individuales.

“El ejercicio, cuando se convierte en relación social, les resulta más fácil, les entra mejor: el paseito con las amigas... Ahí ha sido cuando el Ayto., poniendo ideas facilitadoras para ello, ha ayudado. Nosotros les dijimos al Ayto., que en el polideportivo municipal pusiera clases de pilates y de yoga y vamos, se llenan. O en cuanto haces un carril para andar en cualquier sitio, ya ves que la gente está andando por ahí, que se forman grupos de amigas y ya están ahí cada día”. (Médico, Entorno Rural, Norte de la CM)

10.3. Las imágenes culturales de las enfermedades cardiovasculares: una enfermedad de varones

Un aspecto resaltado repetidamente por los profesionales sanitarios en cuanto a la especificidad de la situación de las mujeres con respecto a la salud

cardiovascular tiene que ver con la dimensión simbólica de las enfermedades cardiovasculares: todos los profesionales consultados coinciden en la persistencia de una representación social de la enfermedad cardiovascular que la atribuye esencialmente a los varones, de tal modo que las patologías cardiovasculares no se encuentran en el horizonte de las mujeres, ni siquiera cuando su riesgo pueda llegar a ser alto. A pesar de que, según afirman los especialistas, desde los servicios sanitarios cada vez se intenta con mayor fuerza erradicar la idea de que la enfermedad cardíaca es una enfermedad de hombres, este estereotipo continúa enraizado en la sociedad española.

“Hay toda una idea social de que a ellas no les afecta y entonces se preocupan menos de lo que deberían preocuparse por estos temas. Está la idea de que del corazón se mueren los hombres, de que “mujer enferma, mujer eterna...” (Médico. Urgencias Hospital Público. CM).

Únicamente entre algunos sectores de la población femenina de nivel cultural alto, con formas de vida similares a las de los varones, se empezaría a admitir que el riesgo cardiovascular puede llegar a ser similar al de los varones. Es decir, es únicamente a partir de la equiparación con las condiciones masculinas – de la “conversión” simbólica en hombre, como puede verse en el siguiente fragmento – como las mujeres asumen que puedan tener un riesgo cardiovascular significativo⁸:

“En la población que atiendo, las mujeres están sometidas a las mismas condiciones que los hombres, incluso a más estrés pues las mujeres somos multitareas. Yo creo que sí se están dando cuenta de que a las mujeres nos están pasando las mismas cosas que a los chicos porque tenemos las mismas condiciones de vida, claro. Creo que sí. También hay que tener en cuenta que la población que atiendo son en su mayor parte titulados superiores. Es gente de un nivel cultural que entiende que las condiciones de la vida afectan por igual. En

⁸ Tal como recuerda Carme Valls en su artículo “Aspectos Biológicos y Clínicos de las Diferencias” (Quark: ciencia, medicina, comunicación y cultura nº 27, 2003), la doctora estadounidense Bernardine Healy publicó en 1991 un célebre artículo en el prestigioso New England Journal of Medicine en el que hablaba, recordando a la protagonista judía de la película de Barbara Streissand que se disfrazaba de hombre para lograr ingresar en una escuela talmúdica sólo para varones, del “Síndrome de Yentl”, que describiría este problema por el cual una mujer tiene que “convertirse” en hombre para lograr una misma atención, diagnóstico y terapia cardiovascular que un paciente varón.

cómo se representan las mujeres las enfermedades cardiovasculares, me ha recordado que el otro día vino una mujer de 60 años a tomarse la tensión y claro, yo aprovecho para preguntarle por otros factores. Y decía ella, “si, estoy tomando para el colesterol, para la hipertensión”, estaba tomando tres fármacos, un diurético, era fumadora, menopaúsica, claro, no hacía ejercicio, normalmente comía fuera porque viaja por motivos de trabajo. Y dice “si es que soy como un hombre”. (Enfermera de Empresa. Madrid)

Esta concepción extendida de que las enfermedades cardíacas afectan primariamente a los varones deja a las mujeres indefensas ante los riesgos que corren desde la edad de inicio de la menopausia, acentuados en la actualidad por su forma de vida equiparable entre ambos sexos. Al escaso interés femenino sobre estas afecciones se une una importante desinformación y falta de conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares. Desinformación que tiene tres consecuencias claramente negativas, tanto para la prevención cardiovascular en general como para la reacción ante un eventual episodio agudo: a) La desconexión entre factores de riesgo y desarrollo de una patología cardiovascular, b) La falta de “convicción” de la salud cardiovascular como motivación para el cambio de hábitos y c) El mal reconocimiento de los posibles síntomas de un episodio isquémico.

A.) Las mujeres no ponen en conexión sus posibles factores de riesgo con el desarrollo de patologías cardiovasculares

Al igual que no se relaciona la menopausia con la aparición de afecciones que son factores de riesgo cardiovascular, tampoco se relacionan estos factores con la posibilidad de un episodio o de una enfermedad cardiovascular. No se relacionan los principales padecimientos que suponen factores de riesgo (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes...) y las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares y otras enfermedades del corazón).

“No, no se relaciona el colesterol alto o la tensión alta con que sea un factor de riesgo y puedas llegar a padecer una enfermedad cardiovascular. En realidad no se establece la relación entre las enfermedades y afecciones cardiovasculares y el daño que causan a órganos diana, no sólo al corazón”. (Enfermera de Empresa. Madrid)

Con frecuencia hay una gran ignorancia y falta de preocupación en lo que se refiere a afecciones que favorecen las enfermedades cardiovasculares. La obesidad o el sobrepeso, la diabetes, el colesterol alto, la hipertensión... no se consideran especialmente preocupantes en el caso de la mujer. Estos factores se entienden como una suerte de “enfermedades crónicas estacionarias”, tal como señala un entrevistado, que, si están controladas, no plantean mayores problemas, quedando eliminada la posibilidad de que puedan facilitar el desarrollo de otras enfermedades.

“Las mujeres no le dan importancia a los factores de riesgo cardiovasculares. No relacionan las afecciones de riesgo con posibles enfermedades, cuando se trata de ellas. Sí las relacionan en cambio cuando los factores de riesgo los tienen sus maridos, padres o hijos. Ellas son las que llevan a los hombres al médico”. (Enfermera C.S. Zona Suroeste CM)

Además, la invisibilidad de algunas afecciones como la tensión o el colesterol alto, que sólo en ocasiones se manifiestan con síntomas claros, provoca que en general, en el conjunto de la población, no se les otorgue la importancia que tienen para la salud. Las mujeres, menos preocupadas por la repercusión de estas afecciones en su propia salud, llegan a desatender más su tratamiento:

“Sobre el colesterol las mujeres tienen poca información y les preocupa poco. Los niveles de colesterol preocupan a las mujeres si se detectan niveles altos en la analítica. Si no, no es una preocupación para ellas. Sueles encontrarte con casos de mujeres que no se toman la medicación de forma permanente. Sólo la toman cuando no se encuentran bien y deciden que es un síntoma del colesterol. A los hombres les preocupa más, debido entre otras razones a que a ellos se les suele detectar el colesterol alto antes de los 45 años así como la posibilidad de riesgo cardiovascular”. (Cardiólogo. Sociedad privada. Madrid)

B.) La salud cardiovascular no tiene fuerza como motivación para el cambio de hábitos.

Preocupa a los profesionales que las mujeres no relacionan el riesgo cardiovascular que asumen con determinados hábitos o formas de vida, y que por eso mismo, la salud del sistema cardiovascular no tenga fuerza a la hora de actuar como motivación para la modificación de hábitos poco saludables.

En este sentido se apunta la peculiar forma de entender las afecciones cardiovasculares por algunas mujeres. Se narra cómo en ocasiones la aparición de alguna afección es recibida con sorpresa porque, de alguna manera, contradice la idea de que las afecciones cardiovasculares son de “constitución” o “hereditarias”, lo que les conferiría la categoría de “constitutiva” de la persona, no de patología adquirida a lo largo de los años. Esta concepción consolida el hecho de no relacionarlas con situaciones de riesgo y con los hábitos de vida.

“Hay algunas mujeres que te dicen, “yo tengo desde siempre el colesterol alto” o “soy de tensión alta”. Y parece que entonces ya no hay ni que investigar sobre esas afecciones. Pues no, hay que ver qué es lo que las produce y además ver si es preciso un tratamiento. También se da el caso de mujeres que se sorprenden cuando les das los resultados y por ejemplo tienen tensión alta. “¡Ah! Pues yo no he tenido nunca la tensión alta ¿Esto cómo puede ser?” (Enfermera de Empresa. Madrid)

C.) Confusa identificación de los síntomas cardiopáticos por parte de las mujeres.

Por último, la imagen masculina de las patologías cardíacas se une a otros aspectos antes citados para hacer que muchas mujeres no identifiquen bien los síntomas cardiopáticos. Las mujeres contemplan tan lejana la posibilidad de un accidente cardiovascular que normalmente cuando éste se produce, no acuden inmediatamente al médico, sino solamente cuando los síntomas persisten. Esto supone que lleguen en peores condiciones a los servicios sanitarios que los varones, quienes sí piensan de manera inmediata en la posibilidad de sufrir este tipo de accidente.

“Las mujeres suelen llegar en peores condiciones a las urgencias porque aguantan pensando que las molestias son de tipo distinto que el cardiovascular”. Cardiólogo Sociedad Privada. Madrid

Así, los profesionales entrevistados han narrado varios episodios de mujeres que, en mitad de un infarto, no lo reconocen como tal y retrasan la asistencia a un centro sanitario.

“Con cuarenta años. Llevaba con un infarto cuatro días y estaba en la calle. Llegó al hospital con dolor torácico. Una mujer muy joven, ella no le daba importancia y

pensaba que era un dolor de espalda”. (Médico. Urgencias Hospital Público. Noroeste CM)

“Tenemos aquí en este servicio un caso hace no mucho tiempo de una mujer sudamericana, ¡y que trabajaba aquí limpiando!, (...) estaba fregando el suelo de rodillas y (...) empezó a tener angina. Pero (...) dijo, “bueno, esto es cosa de los nervios, voy a seguir.” Y así...” (Cardióloga Hospital Público. Madrid)

10.4. Sectores femeninos con especial riesgo cardiovascular

De acuerdo con todos estos temas, algunos de entre los entrevistados pasan a señalar algunos sectores dentro de la población femenina de entre 45-65 años que, por sus situaciones sociales, relacionales, de hábitos de vida, etc. constituyen colectivos con un riesgo cardiovascular especialmente alto. Los profesionales piensan que serían los siguientes cuatro colectivos los que precisan especial atención en la información y prevención cardiovascular.

- Las amas de casa. Debido a su aislamiento social, a la frecuencia de situaciones de depresión, a los malos hábitos alimenticios y a la falta de ejercicio físico.

“Se instala mucho la depresión. Las señoras tienen una vida muy mala, muy mala...Se sientan a comer y nadie le dice: que rico esta o que bien he comido. Es un grupo especialmente maltratado por los que viven con ella y además tienen una gran dosis de aislamiento social. Todo ello desemboca en situaciones de depresión. Es decir que la vida del ama de casa es una vida en la que la depresión está instalada en un porcentaje alto porque verdaderamente no tiene satisfacciones. Y este es el tema: yo, si lo que me gusta es comer ganchitos, ¿cómo no me lo voy a comer? (Cardióloga. Hospital Público. Madrid)

- Las grandes cuidadoras. Aquellas mujeres que cuidan a familiares dependientes cuya vida esta sobrecargada de trabajo, estrés afectivo, aislamiento y descuido del autocuidado.

“Mira si además le ha tocado tener un gran inválido al que cuidar, que en esta zona tenemos muchos, ya la vida de la mujer que se dedica a cuidarlos, que casi siempre son las mujeres de la familia, y si hay alguna que sea soltera o viuda o sin hijos le cae seguro... Pues estas mujeres no tienen tiempo para nada, ni para ponerse enfermas. Llevan una vida encerradas cuidando al familiar. ¡Como para ponerse a pensar en ellas!. Un desastre” (Enfermera C.S. Sureste. Madrid)

- Sectores con menores recursos económicos. Mujeres con dificultad para llevar una dieta adecuada, con fuertes situaciones de estrés por las formas de vida y falta de información y formación sobre prevención de la salud en general y cardiovascular en particular.

“No se puede hablar de pacientes sin tener en cuenta cómo vive la gente. Hay distintas situaciones económicas y sociales que les facilitan o impiden el llevar unos hábitos de vida saludables. En la población que atendemos que en su mayoría clase trabajadora, la gente tiene una vida bastante complicada y falta de tiempo. En el caso de las mujeres todavía es peor pues tiene la casa, los maridos, los niños...” (Enfermera C.S. Noreste. Madrid)

- Mujeres inmigrantes, y muy especialmente dos grupos: las mujeres latinas y las mujeres marroquíes. Las mujeres latinas por su inadecuada dieta alimenticia, sobrecarga de trabajo y estrés laboral, falta de tiempo para dedicarlo a sí misma y falta de formación sobre prevención y salud.

“Las mujeres emigrantes son normalmente de grupos de edades más jóvenes de los 45 años y no van mucho al médico. Pero cuando acuden a los servicios sanitarios suelen hacerlo con muchas y varias afecciones, es decir que van en muy malas condiciones. Van a urgencias porque acudir al médico de familia supone más tiempo que normalmente no tienen. Este grupo aunque más joven tiene muchos factores de riesgo por sus condiciones de vida que les imposibilita cuidarse. Tienen trabajo de muchas horas, con poco tiempo para ellas por lo que tienen unas dietas muy nocivas, no tienen tiempo para hacer ejercicio físico... A ello se une las condiciones de stress que supone su situación afectiva. Con hijos que

han tenido que dejar en su país o con hijos a su cargo a los que prácticamente no pueden atender... La situación laboral de incremento del paro crea mayor situación de stress en este colectivo inmigrante.” (Médico. C.S. Sur. Madrid)

En el caso de las mujeres marroquíes por su aislamiento social, por el desconocimiento del español que les hace dependientes de sus maridos o hijos, por su nula información y formación sobre salud, unido todo ello a la dificultad de los servicios sanitarios para acceder a ellas.

“Todas están gordas, con sobrepeso. No entienden porque no hablan español. No entienden lo que les explicas, ni la medicación que se les da. Toman mal la medicación. En este grupo hay un alto factor de riesgo. Hay un índice de hipertensión de diabetes melitus de sobrepeso en las mujeres marroquíes tremendo... Además es un grupo totalmente desatendido y desinformado. Vienen con el marido o con el niño y ellas no se enteran de nada...Si es diabética y se tiene que poner insulina ya nada; el incumplimiento de la terapéutica es tremendo” (Médico. Urgencias Hospital Público. CM)

10.5. A modo de resumen: la situación de salud de las mujeres de más de 45 años

A partir de todo lo expresado por los entrevistados, y a modo de resumen de este breve repaso por los principales temas tratados, presentamos la siguiente tabla donde señalamos los aspectos centrales a considerar en el acercamiento a la salud del colectivo femenino de 45-65 años, y en particular a la salud cardiovascular:

	Problemática para la salud	Oportunidades y acciones prioritarias
--	----------------------------	---------------------------------------

Menopausia	<p>Comprensión de la menopausia como mero episodio</p> <p>Comprensión de la menopausia como enfermedad que se trata con medicamentos</p> <p>Desconocimiento del aumento del riesgo cardiovascular</p>	<p>Fomento de una comprensión más global de los ciclos vitales en relación con la salud</p> <p>Dar a conocer la vinculación entre menopausia y aumento del riesgo cardiovascular</p> <p>Revisiones ginecológicas como punto de entrada a la prevención de la salud en el colectivo femenino</p>
Rol de cuidadora	<p>Sobrecarga de actividad y afectiva</p> <p>Descuido de la propia salud</p> <p>Falta de tiempo para el trabajo en la propia salud (actividad física, etc.)</p>	<p>Educación de las cuidadoras</p> <p>Trabajo en roles de género</p> <p>Propuestas de actividades preventivas en horarios y lugares accesibles a las cuidadoras</p>
Tabaquismo	Prevalencia del tabaquismo entre las mujeres	Ayudas para la deshabituación tabáquica
Sobrepeso	<p>Comprensión puramente “estética” del sobrepeso</p> <p>Dificultades para asumir una dieta saludable</p>	Educación en pautas de alimentación saludable
Falta de ejercicio físico	<p>Resistencias entre la población femenina a la realización de ejercicio físico</p> <p>Problemática especial de las grandes cuidadoras</p>	<p>Fomentar actividades físicas que resalten la dimensión social y sociable del ejercicio</p> <p>Facilidades desde las autoridades públicas (recursos, subvenciones, etc.)</p>

Imagen cultural de lo cardiovascular como enfermedad masculina	No asociación de los problemas cardiovasculares a las mujeres No reconocimiento de los síntomas de posibles episodios cardíacos	Continuar dando a conocer el riesgo cardiovascular entre las mujeres Educación preventiva en los posibles síntomas cardíacos, en particular entre quienes ostentan un mayor riesgo
Sectores de la población con especial riesgo	Cuidadoras y amas de casa Sectores con menos recursos económicos Inmigración	Acciones prioritarias entre estos colectivos

Como conclusión de este primer capítulo podemos señalar cuatro puntos:

- Los profesionales entrevistados expresan una desarrollada conciencia de las situaciones específicas de las mujeres en cuanto a sus vivencias de salud. El género, en efecto, parece ser una categoría que “pone sobre aviso” a los profesionales de toda una serie de posibles situaciones propias de las mujeres.
- A lo largo de las entrevistas aparecen sobre todo cinco problemas relacionados directamente con lo cardiovascular que, a juicio de los profesionales, serían los que requieren de forma más urgente una intervención que conciencie a la población femenina:

Los problemas varios que provienen del rol de cuidadora en general y que repercuten sobre la salud cardiovascular femenina.

El problema de la no conciencia del aumento de riesgo cardiovascular como una “consecuencia” de la menopausia

El problema de la falta de actividad física entre las mujeres y las dificultades para su fomento

El problema de la no asociación entre factores de riesgo y desarrollo de patologías cardiovasculares

El problema de que las mujeres no reconocen bien los síntomas cuando sufren un episodio cardíaco

- Los profesionales médicos no parecen ser conscientes de una de las cuestiones que apuntábamos a lo largo de toda la primera parte del estudio: el hecho de que no hay entre las mujeres una comprensión del propio concepto de lo cardiovascular, sino que esto se ve reducido a lo cardíaco.
- Por último, es reseñable – y volveremos a ello en el capítulo dedicado a los sesgos de género – el hecho de que, más allá de la menopausia, otros posibles factores de riesgo específicamente femeninos que provengan de lo biológico o lo fisiológico⁹ no tienen apenas protagonismo en el discurso profesional. Como veremos más adelante, no hay apenas menciones a una posible biología o constitución particularmente femenina que pueda derivar en manifestaciones peculiares, diferentes a las de los varones, de la enfermedad cardiovascular y, más bien al contrario, la práctica totalidad del discurso de los profesionales se centra en factores “culturales” o “sociales”, antes que una constitución biológica específicamente femenina.

⁹ Carme Valls, por ejemplo, destaca entre otros factores de riesgo “biológicos” con una especial afección o gravedad entre las mujeres la diabetes, el hipotiroidismo o (parece significativo que no se haya mencionado en este estudio) la propia Terapia Hormonal Sustitutiva en la postmenopausia

XI.- LA PREVENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dentro de los discursos recogidos, y a pesar de estar centrados en la prevención cardiovascular de forma más concreta, se han expresado opiniones sobre la prevención en un sentido más general; en particular, ya que era el foco del estudio, sobre la prevención primaria, esto es, la prevención más global, inespecífica y anterior a la aparición de la enfermedad y, por tanto, la más puramente “preventiva” en sentido estricto (dejamos fuera la prevención secundaria y terciaria). En efecto, casi todos los entrevistados han resaltado repetidamente que la prevención primaria resulta el objetivo esencial a lograr desde el sistema de salud, y que idealmente se habría de conjugar la atención a episodios agudos con la promoción de la salud en todos sus aspectos.

Las estrategias y acciones preventivas son, pues, centrales en la aproximación que los entrevistados han hecho al colectivo femenino de 45-65 años y, de forma particular, a su salud cardiovascular. Resulta extremadamente relevante, por tanto, conocer cuáles son las opiniones y concepciones de la prevención que rigen entre los profesionales sanitarios, pues esto permitirá a las autoridades sanitarias detectar posibles déficits al respecto y/o conocer qué ideas o aspectos hay que priorizar en la formación profesional.

Nos centramos en este capítulo en los profesionales de Atención Primaria entrevistados, pues es en este nivel básico del sistema sanitario donde en mayor grado se concentran las actividades de promoción de la salud y educación sanitaria. La Atención Primaria se presenta estratégicamente como el lugar prioritario para la prevención de la enfermedad y como el ámbito sanitario de mayor alcance entre la población. Por todo ello, las ideas existentes sobre la prevención en el colectivo médico y de enfermería que ejercen en Atención Primaria constituyen el foco principal que analizamos en las siguientes páginas.

En este capítulo abordaremos diferentes aspectos en relación con el discurso de la prevención que sostienen los profesionales sanitarios: comenzaremos por el nivel más general del discurso médico, para conocer la importancia que se le atribuye a la prevención y los posibles “fallos” o “quebras” en el discurso de la prevención. Pasaremos inmediatamente a reseñar las principales formas en las que, de acuerdo con lo que manifiestan los entrevistados, se trabaja la prevención global desde los centros de salud, lo que nos permitirá enlazar con el próximo capítulo, dedicado específicamente a las acciones de prevención cardiovascular.

11.1. El discurso de los profesionales sobre la prevención

La promoción de la salud, la educación en hábitos saludables, la formación en la lucha contra los factores de riesgo... la prevención de la salud, en definitiva, constituye como venimos diciendo una de las acciones prioritarias en la labor cotidiana de médicos/as y enfermeros/as del sistema de salud y de Atención Primaria. Por ello tratamos a continuación dos aspectos relacionados con la extensión del discurso preventivo entre los profesionales: primero, la importancia que atribuyen a la prevención dentro de su trabajo y, en segundo lugar, lo que denominamos “mitos negativos de la prevención”: esto es, algunas ideas y razonamientos que, de forma explícita o implícita, aparecen entre las opiniones de médicos y enfermeros/as y que cuestionan o ponen en duda la prevención sanitaria.

11.1.1. IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LA PREVENCIÓN

Lo primero a reseñar, a partir de las opiniones vertidas por los entrevistados, es el extendidísimo reconocimiento de la alta importancia de la prevención. Sin ninguna excepción, todos y cada uno de los profesionales entrevistados han expresado su decidido compromiso con las acciones de prevención y su disposición en participar de ella desde la consulta y desde el centro. Así, las críticas de fondo a la prevención como estrategia no parecen contar con ningún respaldo o legitimidad.

Puede destacarse, no obstante, dos aspectos o “gradaciones” del discurso de la prevención, que se corresponderían positivamente con la división de funciones que parece funcionar en el sistema sanitario

- Los profesionales de Atención Primaria atribuyen de manera explícita una mayor importancia a la prevención que el resto de profesionales entrevistados.

“POR EMPEZAR CON LA IDEA DE ESTE COLECTIVO, LAS MUJERES DE 45 A 65 AÑOS... ¿TÚ CREES QUE TIENEN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES PARA ATENCIÓN PRIMARIA, SE LAS CONSIDERA DE UNA FORMA ESPECIAL?”

Sí, claro, es una población a la que, sobre todo, hay que dedicar mucha intervención, intervención a nivel preventivo, sobre todo... que es nuestro campo en Atención Primaria: las actividades preventivas son las más importantes” (Ent Director Centro de Salud, AP, Sur de Madrid)

- Los profesionales de enfermería muestran una implicación mayor con las acciones de prevención, y correlativamente incluyen con más fuerza la prevención en su discurso.

El hecho de que, de forma explícita y en la amplia selección de entrevistas que se han realizado, no se haya formulado ninguna crítica a la ideología de la prevención y a las prácticas preventivas¹⁰, nos indica que el discurso de la prevención, como discurso estándar, habría sido perfectamente asimilado entre el colectivo médico y de enfermería. En un sentido general, no hay dudas sobre la eficacia e importancia de la prevención y, por tanto, no parece existir una necesidad real de “luchar” contra opiniones legitimadas y expresas que pongan en duda la necesidad de continuar las labores preventivas

Pero, en un análisis más “fino”, es necesario tener en cuenta que, en un estudio como el que hemos realizado, y dadas las características no aleatorias de la selección de la muestra de entrevistados, se producen ciertos sesgos en la selección de participantes: los médicos y enfermeras que hemos entrevistado se han mostrado sin excepciones muy motivados hacia la prevención. Esto era claramente esperable, pues la propia lógica de reclutamiento (el “mostrarse

¹⁰ Cuestionamientos y críticas que, sin resultar el discurso médico más común, sí parecen existir al menos entre ciertos sectores médicos, como se detecta por ejemplo en el siguiente artículo: Gérvas, Juan y Pérez Fernández, Mercedes (2009) "Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas," **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**: Vol. 1: Numero 4

dispuesto a participar” en un estudio sobre la prevención) tiende a sobrerrepresentar a los perfiles que mayor importancia atribuyen a la prevención. Sin tener la capacidad de cuantificar o extrapolar realmente la proporción de profesionales que no compartiría esta “vocación” preventiva, nuestros propios entrevistados nos comunican que no todos sus colegas piensan igual que ellos:

“Hombre, en cifras no sabría decirte pero... Hay muchos médicos que prefieren dar un medicamento y olvidarse de tener que estar en la consulta hablando o hacer talleres o... La mitad no sé si son, o si son el 40%, pero vamos, sí que te digo que no todos los médicos están por la labor de hacer prevención” (Médico Atención Primaria, Entorno Rural, Norte de la CM)

Dado que, por el propio funcionamiento de una investigación cualitativa, no hemos podido acceder a perfiles más críticos con la prevención, sí que podemos recurrir a un análisis que, en cierta manera, “refleje” o se haga eco de los elementos del discurso médico que, de forma más o menos explícita, cuestionan la utilidad o la propia “bondad” de la prevención – elementos y cuestionamientos que podemos detectar incluso dentro del discurso de los más ardientes defensores de la prevención.

11.1.2. LOS “MITOS NEGATIVOS DE LA PREVENCIÓN”: ARGUMENTOS QUE CUESTIONAN LA EFICACIA DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

Así, a pesar de la defensa de la prevención extendida entre los entrevistados, pueden detectarse en el “interior” de sus discursos, de manera más o menos expresa, una serie de opiniones o líneas argumentales que ponen en cuestión la eficacia, la eficiencia o la efectividad de las acciones preventivas. Son argumentos, opiniones, que no “dominan” el discurso, sino que aparecen la mayor parte de las veces como menciones “laterales” al argumento principal o como presuposiciones que se enuncian de pasada, y que suponen “queiebras” o “fisuras” en el discurso de la prevención.

Se trataría, en efecto, de una serie de “mitos” o creencias que sirven para “debilitar” la fuerza del discurso preventivo o la convicción de los profesionales médicos en la necesidad de efectuar labores preventivas y de promoción preventiva de la salud. Dado el altísimo grado de motivación con las labores preventivas que se detecta entre nuestros entrevistados, cabe suponer que estos mitos, que ellos/as enuncian de pasada, estarían más extendidos entre el colectivo general de profesionales médicos. Conocerlos puede servir a las

autoridades médicas, a los gestores de la sanidad, para elaborar “contra-argumentos” y seguir trabajando en el fomento de las actitudes preventivas entre los profesionales.

Presentamos a continuación una lista de los principales “mitos negativos” relacionados con la prevención que han aparecido en la investigación, para pasar sin solución de continuidad a exponerlos en mayor grado de detalle. Hemos dividido estos “mitos” en tres grupos: aquellos relacionados con la eficacia de la prevención (con su alcance y logro); aquellos relacionados con la eficiencia de la prevención (con su relación eficacia/coste); y aquellos relacionados con las labores preventivas en consulta y el consejo médico.

MITOS NEGATIVOS SOBRE LA PREVENCIÓN

Relacionados con la eficacia de las acciones preventivas

- Es imposible cambiar los hábitos de las personas de edad más avanzada
- No existe una demanda de prevención e información por parte de los pacientes
- Las labores preventivas por parte de los profesionales, y en particular el consejo médico, resultan irrelevantes frente a la influencia de los hábitos sociales, los medios de comunicación, etc.

Relacionados con la eficiencia de la prevención

- La prevención comporta un gasto muy grande de recursos para el sistema sanitario y, sobre todo, de tiempo por parte de los profesionales
- El énfasis en la prevención hace a los pacientes dependientes del médico y sobrecarga los recursos sanitarios

Relacionados con las acciones preventivas en consulta

- A la hora de fomentar hábitos saludables entre los pacientes, únicamente resulta útil la estrategia del miedo
- La prevención funciona por el acatamiento de la autoridad médica, por la “orden” del médico
- Dentro de las acciones de prevención únicamente funcionan la realización de análisis y pruebas diagnósticas
- La prevención se reduce a seguir los protocolos informatizados para cada factor de riesgo

Argumentos relacionados con la eficacia de la prevención

El conjunto de argumentos que aparece de forma más explícita cuestionando, o al menos relativizando en cierta medida el alcance de las acciones preventivas, se concentra en su eficacia. Si bien se acepta la necesidad de realizar prevención y se la juzga positivamente en sus objetivos, se pone en cuestión su alcance, el hecho de que sea eficaz.

- Es imposible cambiar los hábitos de las personas de edad más avanzada

En relación con el colectivo que era objeto del estudio – las mujeres mayores de 45 años – muchos entrevistados han destacado la dificultad de modificar los hábitos adquiridos por las personas de edad. Se dice que las personas mayores muy difícilmente cambiarán sus rutinas y que, por tanto, el fomento de hábitos saludables entre esta población es una labor ardua y, desde las visiones más negativas, condenada al fracaso.

Éste parecería ser el argumento que mayor peso encuentra entre los entrevistados y que, por tanto, más necesidad encuentra de ser contestado desde las autoridades sanitarias. Sin negar la dificultad de modificar conductas, así como la mayor rigidez perceptiva y actitudinal de las personas mayores, es necesario dar una cierta “esperanza” en el posible cambio de los malos hábitos (posteriormente, veremos cómo una de las demandas formuladas en alguna entrevista tiene que ver con una formación específica en las dinámicas de modificación conductual)

- No existe una demanda de prevención e información por parte de los pacientes

Muchos de los entrevistados resaltan que los pacientes no demandan jamás información sanitaria ni acuden en busca de consejos preventivos más generales, lo que hace que el esfuerzo que hacen los facultativos y enfermeros al respecto se encuentren con la incompreensión e incluso el rechazo.

Contrastando esta percepción con lo descrito en la parte del estudio dedicado a la vivencia de las propias mujeres, y también con otros índices y estadísticas disponibles¹¹, donde vemos que la salud es un interés principal de los ciudadanos y ciudadanas, lo que parecería haber más bien es un cierto “fallo” a la hora de identificar o encauzar las demandas de los pacientes.

- Las labores preventivas por parte de los profesionales, y en particular el consejo médico, resultan irrelevantes frente a la influencia de los hábitos sociales, los medios de comunicación, etc.

¹¹ Por ejemplo, la última encuesta sobre Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología (2010) realizada por la FECYT, donde “medicina y salud” aparece como el tema informativo que mayor interés despierta entre la población.

Un último argumento que relativiza la eficacia de la prevención, y que también se halla extendido entre los entrevistados, apunta a la irrelevancia de los mensajes que los pacientes reciben desde el ámbito sanitario frente a un entorno social que transmite todo lo contrario: frente a la llamada al ejercicio físico, el elogio del sedentarismo; frente a los hábitos alimentarios saludables, una cultura de “comida basura” y alto consumo de grasas; frente al autocuidado y la vigilancia de la salud, la despreocupación en el presente y el puro hedonismo...

Sin negar en ningún caso esa “barrera” que encuentran los mensajes médicos, es necesario señalar que las acciones de prevención logran en muchas ocasiones “superar” esos obstáculos y luchar, por tanto, contra el derrotismo implícito en esta clase de argumentos.

Argumentos relacionados con la eficiencia de la prevención

La prevención como estrategia del sistema sanitario encuentra también una cierta contestación desde un segundo grupo de argumentos, que pone en duda no tanto su eficacia en sí, como su eficiencia dentro de las estrategias sanitarias.

- La prevención comporta un gasto muy grande de recursos para el sistema sanitario y, sobre todo, de tiempo por parte de los profesionales

De forma más implícita que expresa, se detecta repetidamente entre los entrevistados la opinión de que las acciones preventivas requieren un gasto mucho más grande de recursos que el mero trabajo asistencial. En particular se señala que para las labores cotidianas de médicos y enfermeros/as, el trabajo preventivo implica un gasto de esfuerzo y, sobre todo, de tiempo. Tiempo del que los profesionales, sobrecargados asistencialmente, cada vez carecen más.

No aparece, por tanto, sostenida de forma expresa la hipótesis que, en buena medida, subyace a la extensión de las estrategias preventivas: que el fomento de una actitud preventiva y de hábitos saludables entre la población comporta en último término un ahorro sanitario – y también de tiempo para los propios profesionales, en tanto que los pacientes “concienciados” y con hábitos saludables requerirán con menor asiduidad la atención de su facultativo.

- El énfasis en la prevención hace a los pacientes dependientes del médico y sobrecarga los recursos sanitarios

Un argumento relacionado con el anterior y que igualmente cuestiona la eficiencia de la prevención en un sentido “económico”, se dirige a la actitud más autónoma o dependiente que las acciones preventivas logran fomentar entre la

población. Algunos sostienen, como puede verse en el siguiente extracto de una entrevista a partir del ejemplo de las “revisiones del niño sano”, que la centralidad de las estrategias preventivas, en lugar de lograr “construir” pacientes más autónomos e independientes, que toman responsabilidades sobre su propia salud, daría como resultado pacientes dependientes del médico y que hacen un uso desmesurado de los recursos sanitarios:

“Antes las personas tenían más recursos. Por ejemplo con los niños, las madres sabían cómo tratar algunos problemas. Y si no lo sabía la madre, lo sabía la abuela. Ahora nada. Te vienen por cualquier cosa. Claro que eso lo hemos podido fomentar nosotros con las campañas de revisión del niño sano. Pero en general ahora todo el mundo acude al sanitario para que le solucione su problema de salud...” (Médico Atención Primaria, Madrid capital, zona Sur)

Cabría pensar que aquí se está haciendo referencia a un cierto “fracaso” de las estrategias preventivas, antes que a una consecuencia ineludible de la prevención – cuyo objetivo no es, en ningún caso, hacer a los pacientes más asiduos al médico, sino más autónomos en la gestión de su propia salud.

Argumentos relacionados con las acciones preventivas en consulta

El último conjunto de “mitos” sobre la prevención que puede detectarse dentro de los discursos que hemos recogido se centra en la interacción directa médico-paciente, y en el modo en el que la educación en salud y el fomento de hábitos saludables se llevan a cabo en consulta. En el caso de estos argumentos que pasamos a presentar no se trata, en sentido estricto, de un cuestionamiento de la prevención como tal, sino de una serie de creencias sobre el modo más adecuado de realizar prevención en consulta. Creencias que simplifican y casi “pervierten” la prevención, teniendo en ocasiones consecuencias negativas respecto de la relación con el paciente, y que haría falta corregir en la labor de enfermeros/as y, sobre todo, médicos:

- A la hora de fomentar hábitos saludables entre los pacientes, únicamente funciona la estrategia del miedo

Algunos entrevistados han declarado, ante las resistencias que perciben en sus pacientes a asumir su riesgo cardiovascular y cambiar sus hábitos más perniciosos, que la única estrategia que realmente funciona es meter miedo a los

pacientes, asustándolos con las hipotéticas desgracias que les sobrevendrán en el caso de no modificar sus conductas. Niveles de riesgo cardiovascular y otros índices similares son así utilizados en la consulta como herramientas que atemorizan al paciente:

“Hombre, ya cuando les pones en: “tienes el 20% de riesgo cardiovascular”, que quiere decir que tiene 20 de 100 posibilidades de tener... Y ya las asustas un poco y yo creo que sí, que eso hace más permeable...”

O SEA, FUNCIONA EL ASUSTARLES CON EL NÚMERO

Sí, calculas numéricamente su riesgo cardiovascular, y cuando ya les dices eso, su riesgo en números, eso sí que les impacta. El miedo les hace reaccionar. Y encima si les recuerdas si han tenido antecedentes familiares, etc... Da pena, pero es que la gente parece que sólo cambia de hábitos si les metes algo de “acojone” (Director Centro de Salud, AP, Sur de Madrid)

Como es sabido, “meter el miedo en el cuerpo” resulta una estrategia que sanitariamente arroja resultados mixtos: si bien puede funcionar en un primer momento al movilizar a los pacientes más reacios, puede constituirse en un elemento de bloqueo de la relación con el médico o acabar finalmente por ser contraproducente, cuando los peores presagios que el paciente ha recibido no se cumplen (lo que podríamos llamar efecto “Pedro y el Lobo”). Parece por ello conveniente dosificar y “saber utilizar” el miedo, y formar al respecto a los médicos y enfermeros/as.

- La prevención funciona por el acatamiento de la autoridad médica, por la “orden” del médico

En algunas de las entrevistas – y más aún, en lo que los entrevistados comunican de otros colegas suyos – puede detectarse una comprensión excesivamente simplista de la prevención en consulta, que la reduce al mero consejo médico de que el paciente realice una u otra conducta o cambie uno u otro hábito. Dentro de esta comprensión, la creencia en la efectividad de la prevención la cifra en último término en la autoridad médica, en la legitimidad del facultativo.

Así, se creería que si la intervención preventiva con un paciente es exitosa (es decir, si éste modifica sus “malos hábitos” y cambia de estilo de vida) sería

porque acata la autoridad del Médico, porque sigue sus órdenes. Se seguiría aquí, de forma implícita, un modelo “paternalista” y jerárquico, que pone el énfasis en “aumentar” la autoridad médica y no tanto en implicar a los pacientes en su propia salud.

Sin embargo, otros entrevistados con una mayor experiencia en acciones de prevención destacan cómo este acatamiento de la autoridad no resulta generalmente eficaz, siendo otros elementos (más participativos y “democráticos”) los que parecen ser más eficaces a la hora de hacer cambiar de conducta:

“A mí me parece que el consejo médico está bien, pero tiene sus limitaciones también. A veces somos tan prepotentes de decirle a alguien “tiene que dejar de fumar, tiene que hacer ejercicio”, que dice: “mire, yo estoy todo el día limpiando escaleras y cuando llego a casa estoy reventada para hacer ejercicio”. Hay que pararse más tiempo... Lo más efectivo es cuando hacemos grupos, porque entonces el sanitario pierde protagonismo y ya son las propias mujeres las que... se establecen vínculos entre ellas y ya aparece el apoyo mutuo, que es mucho más efectivo. A veces sí les gusta o sí necesitan que se les diga lo que tienen que hacer, así, desde la autoridad de un médico. Pero sólo funciona en parte, y muchas veces es más efectivo ese funcionamiento en grupo, ese apoyo. Cuando acaba el taller se dan cuenta de que lo que les ha gustado muchísimo es la relación con el grupo” (Ent Médico AP entorno rural)

- Dentro de las acciones de prevención únicamente funcionan la realización de análisis y pruebas diagnósticas.

Muchos de los entrevistados han destacado cómo los pacientes que acuden a consulta con una mentalidad “preventiva” la encauzan hacia la realización de pruebas diagnósticas. La prevención se construiría así no tanto sobre el fomento positivo de la salud, sino sobre programas de diagnóstico precoz y sobre la realización “indiscriminada” de pruebas diagnósticas.

No parece necesario insistir en que el apoyo único en pruebas diagnósticas traiciona el espíritu mismo de la prevención y la limita en sus más amplias posibilidades, al “cercenar” las facetas relacionadas con una vivencia más activa y positiva de la salud. Los propios entrevistados y, al decir de estos mismos, la amplia mayoría de sus colegas son conscientes de ello. Sin embargo, se dice que algunos médicos, de cara a “calmar” las ansias de sus pacientes o de

“librarse” de algún paciente más insistente, prefieren recurrir a las pruebas diagnósticas antes que gastar tiempo y esfuerzo en construir una relación más positiva y fructífera con ellos.

- La prevención se reduce a seguir los protocolos informatizados para cada factor de riesgo

El último aspecto en el que la prevención en consulta, en la relación médico-paciente, parece “encallarse” o dificultarse, según señalan algunos de los entrevistados, tiene que ver con la excesiva “mecanización” o “automatización” de las estrategias preventivas – el apoyo excesivo en los protocolos informáticos de actuación preventiva, que los entiende como la herramienta única y suficiente para las acciones de prevención en consulta:

“El ordenador te lo da muy fácil ahora, no tienes que estar recordando nada: simplemente la tabla de preguntas que hay que cumplimentar en cada visita marcada en ese protocolo: el protocolo de la mujer, de la menopausia, del hipertenso, del diabético...” (Director Centro de Salud, AP, Sur de Madrid)

La práctica totalidad de los profesionales entrevistados reconoce la gran ayuda, y hasta la revolución, que ha supuesto la informatización de la información médica y, dentro de lo que tiene que ver más concretamente con las actividades preventivas, la sistematización e informatización de los protocolos de actuación preventiva frente a situaciones de riesgo (protocolos para diabéticos, etc.). Pero algunos entrevistados son también conscientes de que seguir los protocolos no es suficiente:

“Es un aburrimiento, porque a veces el consejo médico es un rollo. Que siempre que venga alguien decirle lo mismo, una y otra vez... Sí que lo decimos, siempre lo decimos, porque tenemos el protocolo que seguimos y según él, tenemos que decirlo... A mí lo de tener protocolos me parece bien, porque te sirve como recordatorio cuando alguien viene una vez al año, como recordatorio... Pero el estar diciendo cada vez: “Sabe que tiene que dejar de fumar, ¿no? Ya sabe que tiene el peso que...”. Por mucho que lo repitamos, por mucho que lo protocolicemos, eso no es efectivo. O hacemos otras formas para llegar a la gente o eso no nos basta” (Médico AP, Centro de Salud, Norte de Madrid)

Además, la informatización de los protocolos puede acabar en una utilización excesiva del ordenador, limitando la comunicación preventiva con el paciente y formalizando demasiado la relación con él o ella. El ordenador constituye una ayuda pero, como ya vimos desde la visión de las pacientes, puede constituirse en una barrera en la relación médico-paciente.

11.2. Formas en las que se trabaja la prevención desde atención primaria

Más allá de los discursos u opiniones sobre la prevención, los profesionales entrevistados han dado testimonio de diversas formas en las que se trabaja la prevención en el día a día de los centros de Atención Primaria. Sin poder tomar la siguiente relación en un sentido exhaustivo ni numérico (sería necesario hacer una encuesta al respecto para contabilizar el recurso a los diferentes tipos de acciones), podemos describir las principales prácticas preventivas que se han descrito en las entrevistas realizadas.

Para ello, exponemos en este apartado en primer lugar las acciones individuales, grupales y comunitarias de fomento de la salud, los principales facilitadores y obstáculos que encuentran estas acciones y, por último la valoración de la complementariedad funcional entre médicos y enfermeras.

11.2.1 PREVENCIÓN INDIVIDUAL, PREVENCIÓN GRUPAL Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

Las acciones preventivas se dividen, en efecto, en tres grupos, tres tipos de acciones que se llevan a cabo desde los centros de salud:

Prevención individual en consulta

Los pacientes que acuden a consulta, tal como manifiestan los entrevistados, pasan por una primera revisión en su primera visita. Siguiendo los protocolos, el médico realiza una búsqueda de factores de riesgo, y generalmente realiza un primer historial médico.

A tenor de lo declarado por los médicos entrevistados, y en relación con el riesgo cardiovascular, se halla totalmente incorporada a la práctica médica la realización de un control de riesgo cardiovascular, a partir de la aplicación de tablas de riesgo cardiovascular que arrojan un cálculo numérico del riesgo

El siguiente paso es la derivación a enfermería para la realización de un historial clínico completo. El enfermero o enfermera resulta encargado/a de proporcionar la información más detallada y de proporcionar al paciente todas las herramientas aplicadas necesarias (dietas personalizadas, propuestas de ejercicio físico, etc.)

Todos los entrevistados manifiestan mantener un control posterior de los pacientes en visitas sucesivas, continuando con las recomendaciones de salud y consejos a lo largo de toda la relación con el paciente.

Hay que destacar el papel que cumplen aquí los protocolos informáticos que, aunque como ya hemos señalado no pueden sustituir la relación directa con el paciente, se convierten en herramientas útiles para la detección y el seguimiento de los pacientes con mayores índices de riesgo.

A juicio de los entrevistados, esta intervención individual, con ser necesaria e ineludible, no resulta suficiente para efectuar una verdadera promoción de la salud, sino que requiere ser complementada con acciones a otros niveles, y en particular con acciones de carácter grupal y comunitario.

Prevención en actividades grupales

En muchos centros, según se ha expresado en las entrevistas realizadas, resulta común la organización de grupos y talleres en relación con diversos aspectos y ámbitos de la prevención: desde aquellos más específicos (diabetes, menopausia...) a los que tienen un foco más general (malestares de la vida cotidiana, por ejemplo).

Estos talleres encuentran un significativo éxito, si no siempre de asistencia, sí en lo que tiene que ver con la concienciación sobre la necesidad de hábitos saludables. Las actividades grupales, en efecto, constituyen quizá la herramienta de prevención que mejor valorada ha sido por los interlocutores de la presente investigación, y de forma particular cuando se ciñen a la población que ha sido objeto de estudio: según manifiestan la mayoría de los entrevistados, los talleres y grupos funcionan de manera especialmente exitosa en el caso de las mujeres, que son quienes en mayor proporción acuden a los mismos, mucho más que los varones.

Se destaca que las actividades grupales encuentran una mayor efectividad en ciertos perfiles femeninos: a) mujeres no trabajadoras ni cuidadoras b) edades más altas (que cuentan con más tiempo libre) y c) niveles socioeducativos más

bajos. Por el contrario, otros perfiles (notablemente, las mujeres trabajadoras y con estilos de vida más “modernos”) parecen asistir en mucho menor grado a este tipo de actividades y requieren una aproximación más personalizada e individual.

Un último aspecto que se ha destacado de las actividades preventivas grupales es la necesidad que encuentran de ser fomentados desde la propia organización del centro y de la Consejería: sin este apoyo por parte de los responsables de mayor nivel – especialmente en cuanto al reconocimiento del tiempo dedicado a su preparación y realización – los profesionales sanitarios no pueden llevarlos a cabo.

Prevención comunitaria

El nivel más global de actuación preventiva se sitúa en el nivel comunitario. Constituye, al decir de los entrevistados, un plano absolutamente necesario en las acciones de fomento de la salud para la población general y muchas veces se plantea de forma absolutamente necesaria para acceder a la población femenina que hemos estudiado en la presente investigación – pues, como destacan varios entrevistados, es amplio el conjunto de mujeres que no acude a los centros de salud y que, por tanto, “escapa” de las actividades más centradas en los mismos.

Ante todo, se han resaltado cuatro tipos de actividades en el plano comunitario que se emprenden o coordinan de forma relativamente común desde los centros de salud y que resulta necesario potenciar y mantener:

- Charlas informativas en espacios públicos no sanitarios (escuelas, centros municipales, etc.)
- Jornadas temáticas (corazón, diabetes, etc.)
- Convenios con gimnasios o polideportivos para la remisión de pacientes
- Coordinación con otros recursos sanitarios – en particular, en la capital, con los Centros Madrid Salud

En relación con las actividades en este nivel comunitario, como destacaremos igualmente en el siguiente capítulo, aparecen dos posibles problemas. En primer lugar, la necesidad de coordinación entre los diversos agentes sanitarios y no sanitarios, para evitar problemas de duplicación de esfuerzos. En segundo lugar, el “incumplimiento de expectativas”, cuando las acciones más generales de fomento y educación no se ven acompañadas de los recursos necesarios para

su cumplimiento (p.e. en varias entrevistas se ha destacado la incongruencia que supone el recomendar la realización de mamografías periódicas a partir de una edad previa a la que estas se realizan gratuitamente en la sanidad pública)

11.2.2. FACILITADORES Y OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN

Junto con el recuento de las actividades llevadas a cabo en cada uno de los niveles de actuación preventiva, los profesionales entrevistados han reseñado una serie de facilitadores y obstáculos que encuentran las acciones preventivas. En el esquema que sigue identificamos los principales aspectos mencionados para cada uno de los niveles (individual, grupal y comunitario) y de forma específica para la población femenina de 45-65 años.

	Facilitadores	Obstáculos
Plano individual (en consulta)	<p>Buena disposición de las mujeres a recibir los consejos del médico</p> <p>Relación cercana y cordial</p> <p>Seguimiento y control</p> <p>Ayuda de los protocolos y escalas diagnósticas</p> <p>Complementariedad y coordinación entre médico y enfermera</p>	<p>Falta de tiempo de los profesionales y saturación de las consultas</p> <p>Papel más pasivo asumido por muchas pacientes (cultura de la pasividad)</p> <p>Incomprensiones no formuladas</p> <p>Uso excesivo del ordenador</p>
Plano grupal (talleres y actividades grupales)	<p>Disposición femenina a la sociabilidad y asistencia a actividades grupales</p> <p>La fuerza de convicción del grupo</p> <p>El recurso a la experiencia compartida</p>	<p>Falta de tiempo de las mujeres más dedicadas al trabajo o a los cuidados familiares</p> <p>Falta de recursos y tiempo de los profesionales</p>

Plano comunitario	Coordinación con otras instituciones Información en los medios de comunicación	Falta de presupuesto Descoordinación entre los diversos agentes de salud
-------------------	---	---

11.2.3. LA COMPLEMENTARIEDAD DE LA LABOR DE MÉDICOS/AS Y ENFERMERAS

Un último aspecto que queríamos señalar en este capítulo tiene que ver con lo que, sobre todo desde la perspectiva de los médicos, se percibe como una de las herramientas más útiles para el fomento de la salud y las acciones preventivas: la coordinación de la actuación de médicos/as y enfermeras/as. Al decir de los entrevistados, cuando se logra una buena coordinación entre ambos profesionales, la labor preventiva se refuerza claramente y la eficacia de las recomendaciones de salud aumenta.

Así, mientras que el médico o la médico parece contar con una mayor autoridad sobre los pacientes y una mayor credibilidad en sus recomendaciones, el personal de enfermería contaría con otros “pluses” que le permiten apoyar fuertemente la labor de prevención: cuenta con más tiempo para dedicar específicamente a la prevención; posee una mejor capacidad explicativa y una formación más específica en cuanto a la prevención; y tiene más posibilidad de realizar un seguimiento periódico de las recomendaciones concretas efectuadas a los pacientes.

Quizá lo más positivo que podemos destacar a este respecto es que en ningún caso han aparecido críticas, dudas o cuestionamientos a la complementariedad de ambos profesionales. La relación es bien valorada por todos los interlocutores, sin que aparezca la mínima muestra de problemas en la coordinación.

11.3. A modo de resumen: el discurso de la prevención entre los profesionales sanitarios

Los principales aspectos que, para resumir lo expuesto, podemos destacar en relación con la comprensión y aceptación del discurso preventivo más general entre los profesionales entrevistados son los siguientes:

- Se detecta una extendida aceptación y legitimidad del discurso de la prevención entre los profesionales sanitarios, y de forma más acusada entre los profesionales de Atención Primaria, tanto entre los médicos/as como, sobre todo, entre los profesionales de enfermería.
- Sin embargo, pueden detectarse ciertos aspectos donde el apoyo de los profesionales a la prevención se hace más vacilante o se quiebra, argumentos o creencias que constituyen una suerte de “mitos” negativos respecto de la prevención y que resulta necesario conocer y reforzar:
 - Argumentos que cuestionan su eficacia (es imposible cambiar los hábitos de las personas de edad más avanzada; no existe una demanda de prevención e información por parte de los pacientes; las labores preventivas por parte de los profesionales, y en particular el consejo médico, resultan irrelevantes frente a la influencia de los hábitos sociales, los medios de comunicación...)
 - Argumentos que cuestionan su eficiencia (la prevención comporta un gasto muy grande de recursos para el sistema sanitario y, sobre todo, de tiempo por parte de los profesionales; el énfasis en la prevención hace a los pacientes dependientes del médico y sobrecarga los recursos sanitarios)
 - Argumentos sobre las estrategias a seguir en consulta (a la hora de fomentar hábitos saludables entre los pacientes, únicamente resulta útil la estrategia del miedo; la prevención funciona por el acatamiento de la autoridad médica, por la “orden” del médico; dentro de las acciones de prevención únicamente funcionan la realización de análisis y pruebas diagnósticas; la prevención se reduce a seguir los protocolos informatizados para cada factor de riesgo)
- Por otro lado, los entrevistados realizan en general una buena valoración de las formas de organización de las acciones preventivas en general, aunque se han expresado ciertos temores respecto del mantenimiento, en el contexto actual de crisis económica y recortes en el gasto, de las acciones de carácter más grupal y comunitario (en tanto que consumen más recursos).

XII.- VALORACIÓN QUE HACEN LOS PROFESIONALES DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Más allá de las opiniones y creencias sobre la prevención en su sentido más general e inespecífico, en las entrevistas se recogieron las opiniones de los profesionales en torno a los programas y acciones dedicados específicamente a la prevención cardiovascular, tanto sus valoraciones sobre los existentes como los problemas y dificultades como a los que, a su parecer, se enfrentan. También se pidió a los entrevistados posibles sugerencias o recomendaciones que pudieran aportar para una mejor actuación en cuanto al fomento de la salud cardiovascular entre las mujeres.

12.1. Las acciones y programas de prevención existentes en la actualidad

La medicina de atención primaria y la enfermería aparecen como los agentes principales de la prevención de las afecciones cardiovasculares en el conjunto de la población, por lo que los Centros de Salud han aportado la mayor parte de los ejemplos de acciones de fomento de la salud cardiovascular. En efecto, en las diferentes entrevistas, tanto en el propio ámbito de atención primaria como desde otras especialidades médicas, se destaca el papel central de los Centros de Salud en la atención al paciente de forma global, a diferentes niveles: individual en consulta; mediante acciones en el contexto del propio centro; y a través de programas de mayor alcance. Se sigue así el esquema de acciones individuales, grupales y comunitarias que describíamos en el capítulo anterior.

En primer lugar, se hace referencia a la práctica generalizada de protocolos de detección de riesgo cardiovascular en el contexto del encuentro clínico, así como

a las actividades de información y fomento de hábitos de vida saludables con el paciente individual. La información sobre factores de riesgo y sobre hábitos saludables no se limita a la salud cardiovascular, pero sí resulta común, por lo que describen los entrevistados, que se calcule el riesgo cardiovascular y que, en el caso de ser éste de cierta envergadura, se comunique información específica sobre el riesgo cardíaco:

“En el centro se mantiene prácticas preventivas con toda la población, atendiendo edad y sexo. Antes teníamos un programa informático que automáticamente, dando una serie de datos del paciente, el programa daba el resultado del riesgo cardiovascular” (Médico. C.S. Sur. Madrid)

Las acciones con el paciente individual aparecen como la labor de prevención “por defecto”, con una efectividad variable según la personalidad y el carácter de cada paciente. El trabajo grupal, que como ya indicamos consiste principalmente en la organización de talleres, charlas y actividades en grupo en el propio centro, complementa estas acciones en consulta.

Si bien no parecen ofrecerse talleres directamente dedicados a la cuestión de la salud cardiovascular, sí que se trata este tema en el curso de otros talleres con un foco más general: los talleres de hábitos saludables, los de educación en salud para mayores, etc. Mayor protagonismo de lo cardiovascular en sí parece haber cuando se organizan jornadas u actividades más transversales, y algunos entrevistados han hecho referencia a Jornadas del Corazón o similares que se habrían realizado en sus centros de salud.

Para varios de los profesionales entrevistados, esta clase de acciones grupales resultan especialmente eficaces a la hora de fomentar la salud cardiovascular de las mujeres, y en particular entre algunos de los perfiles que fueron destacados como más problemáticos en cuanto a riesgo cardiovascular, en especial las amas de casa (aquejadas de una cierta soledad y agradecidas de poder participar en actividades grupales). Sin embargo, como volveremos a señalar más adelante, algunos entrevistados remarcan que el aumento de presión asistencial, entre otras razones, estaría dificultando cada vez más la realización de este tipo de actividades.

Además de estas acciones de detección, información y prevención que se llevan a cabo ya sea en consulta de forma individual, ya sea en pequeños grupos en el centro, los Centros de Salud ponen en marcha otras acciones sobre salud

cardiovascular en colaboración con diferentes instituciones, organizaciones y centros del entorno del barrio, el distrito o el municipio. Por ejemplo, se han recogido ejemplos de jornadas de información sobre hábitos de vida saludable en centros educativos, tanto para alumnos como para profesores y en otras entidades de referencia de la zona. Al parecer, según comunican algunas personas entrevistadas, estas iniciativas suelen hacerse a demanda de entidades externas, no siendo tan comúnmente promovidas desde los propios centros.

“A veces en los colegios de la zona, o en asociaciones y a demanda de éstas, el centro hace jornadas informativo-formativas sobre diversos temas. Están siempre a demanda de las entidades de su zona de referencia, asociaciones, etc.” (Médico. C.S. Madrid)

“Damos cursos a los profesores de los colegios de la zona sobre diabetes, obesidad, la necesidad de hábitos saludables en dietas y ejercicio físico, como forma de llegar a los alumnos.” (Enfermera. C.S. Madrid)

Sin embargo, estas acciones de raíz más comunitaria no parecen tener como población-diana al colectivo objeto del presente estudio, las mujeres de más de 45 años. Las acciones que, con una naturaleza comunitaria, sí parecen dirigirse a la población femenina adulta tienen que ver con el fomento de la práctica de ejercicio físico como hábito de vida saludable entre los pacientes: desde algunos Centros de Salud, por ejemplo, se están experimentando formas de colaboración con polideportivos y gimnasios. Igualmente se ha destacado la creación en diversos ámbitos municipales de circuitos de ejercicio cardiovascular, muchas veces orientados a la tercera edad,

“En este Centro estamos muy centrados en potenciar los hábitos de vida saludable. Hemos hecho incluso investigaciones sobre el tema. Actualmente estamos estudiando el tema de la actividad física porque en el trato al paciente, al que hay que decirle tantas cosas en 6 minutos, el ejercicio físico se queda en el último lugar, es un tema al que no llegamos, y esto nos preocupa. Estamos estudiando cómo abordar este tema del ejercicio físico. En otros sitios se han hecho conciertos entre el Centro de Salud y gimnasios o polideportivos de la zona, favoreciendo económicamente a las personas que van derivadas desde el centro de salud. En otros se hacen

grupos de mujeres para hacer gimnasia por ejemplo...”.
(Médico. C.S. Madrid)

En un plano más amplio, se ha hablado también de las iniciativas y campañas informativas relacionadas con la salud cardiovascular, y que en muchas ocasiones toman la forma de carteles, folletos, contenidos en los medios de comunicación, etc. En opinión de los profesionales consultados, como retomaremos algo más adelante, estas campañas son necesarias, pero en ocasiones sufren problemas de descoordinación, de falta de recursos, etc. y necesitan verse complementadas con acciones más concretas en el ámbito de la atención personal y directa.

En el curso de la investigación han aparecido dos recursos que destacan también por su acción en la prevención del riesgo cardiovascular y que, al decir de algunos entrevistados, son recursos infrautilizados y con mayor capacidad de desarrollo: los Centros Madrid Salud, y la medicina de empresa.

La red de Centros Madrid Salud, de titularidad Municipal, se dedica exclusivamente a prevención.. La principal actividad de los Centros Madrid Salud es la puesta en marcha y ejecución de programas preventivos sobre diferentes aspectos de la salud, con una orientación global. Según manifiesta una Médica empleada en uno de estos centros, su existencia no es demasiado conocida por la población, que acude a ellos a través de información “boca a boca” o, en menor medida, derivados desde su Centro de Salud. Por ello, los pacientes que acuden a estos centros “llegan ya convertidos”, manifiestan previamente una alta preocupación por su salud y una apertura hacia la prevención, mientras que quienes en mayor medida necesitarían de estas intervenciones quedan fuera de las mismas. Convendría quizá dar mayor publicidad a estos centros, que aparecen como un recurso especialmente adecuado para la promoción de la salud pública cardiovascular.

Por otro lado, se entrevistó a la médica de una gran empresa, que expresó cómo la Medicina de Empresa cubre el seguimiento y chequeo de muchas personas que no acuden a los Centros de Salud, por lo que puede llegar a detectar situaciones de riesgo que de otra forma no saldrían a la luz. Además, en algunas empresas, sobre todo en las que ocupan a mayor número de trabajadores y por tanto pueden contar con más medios, el departamento de medicina de empresa tiene un papel relevante en prevención de la salud, con la puesta en marcha de campañas, programas de salud, etc. entre los empleados.

“Aunque no se conozca mucho, aquí también hacemos educación sanitaria, promoción de la salud, no sólo de los problemas relacionados con el trabajo, ya que es imposible separar en temas de salud lo estrictamente laboral de la vida en su conjunto. Al ser esta empresa una entidad que cuenta con más medios que otras empresas, podemos extender la atención a temas que no son estrictamente laborales. Normalmente las empresas no tratan temas que sean atendidos por la medicina general. Así por ejemplo en la analítica no recogen los datos de colesterol por considerar que tienen poco que ver con el espacio laboral. Nosotros sí porque tenemos una gran capacidad presupuestaria. También hacemos exámenes de salud periódicos (los antiguos reconocimientos), cada año y medio. Son bastante completos: se hace analítica a todos, a los mayores de 40 años también incluimos un electrocardiograma, y a los varones mayores de 50 se incluye en la analítica el indicador de la próstata. Como campañas hemos hecho de prevención del cáncer ginecológico, del cáncer de colon y del cáncer de próstata. Y también hemos hecho campañas de deshabituación del tabaco. Y ahora vamos a poner en marcha una escuela de espalda. También los empleados utilizan a la enfermería de empresa para el seguimiento de lo prescrito por sus médicos de cabecera o sus especialistas. Es muy frecuente que se controlen el nivel de la tensión arterial en el trabajo”. (Enfermera de Empresa. Madrid)

La profesional entrevistada destacó la escasa relación entre Salud Pública y la medicina de empresa. Parece que propuestas como el Programa Sigma, diseñado para establecer esa relación, no llegaron a ponerse en práctica. Así, la información que llega a la medicina de empresa desde el ámbito público versa sobre temas puntuales y es muy ocasional (la entrevistada recuerda, por ejemplo, la alerta alrededor de la gripe A). Sin embargo, de acuerdo con lo que manifestaba esta Médica, aparece aquí un espacio de colaboración público-privado con un gran potencial, y con capacidad de alcanzar a todo un contingente de población que queda fuera de las campañas realizadas en los centros de salud.

12.2. Principales problemas que enfrentan las acciones de prevención cardiovascular

En relación a los problemas que afronta la puesta en marcha de acciones preventivas de la salud general, y de la cardiovascular en concreto, los entrevistados han analizado la postura y dificultades ante este tema de los propios pacientes, de los mismos profesionales en su práctica sanitaria, de los recursos utilizados, de las campañas y medios puestos en marcha así como de sus contenidos, que se concretarían en:

A) PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD PREVALENTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

De acuerdo con lo expresado por el conjunto de los profesionales, domina entre la población madrileña – tanto varones como mujeres – una concepción “deficitaria” de la salud por la que se identifica salud con ausencia de enfermedad. Estar sano sería lo mismo que no tener ninguna enfermedad, concepción global de la salud que justifica que no haya demanda de información y formación preventiva: no habría nada que prevenir, sólo enfermedades que curar cuando surjan.

“No hay por parte de los pacientes una idea clara de la labor de la atención primaria. Domina la idea de ir al médico cuando se tiene alguna enfermedad, de identificar salud con falta de enfermedad. Por eso muchas personas no entienden que el enfermero les cite para hacerles un estudio e historial clínico y les informe sobre prevención para mantenerse sanos”. (Enfermera C.S. Madrid)

Por otro lado, los medios de comunicación y la sociedad de consumo extienden una cultura “optimista” que ha llegado a ser dominante y que incide en identificar la salud con la idea de “calidad de vida”, en cómo se siente cada individuo. Esta visión produce el fenómeno de que mientras las personas se encuentren bien, independientemente de que este bienestar sea consecuencia y efecto de la medicación, no atienden los riesgos que van incorporando con su forma de vida y que pueden desembocar en enfermedad.

En este sentido, la prevención cardiovascular y la generación de hábitos saludables se enfrentan a toda una serie de barreras “ideológicas”, y requiere

por tanto ser puesta en el contexto de una comunicación e intervención sobre la salud en su conjunto.

B) PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

A este respecto se destacan, ante todo, cuatro problemas que parecen dificultar en gran medida el correcto alcance de las acciones de prevención y fomento de la salud cardiovascular.

- Presión asistencial y sanitaria.

Los profesionales entrevistados apuntan la fuerte presión asistencial de la Sanidad pública madrileña, que supone falta de tiempo en la atención a los pacientes en todos los niveles sanitarios..

En los Centros de salud, la Atención Primaria, que según todos los profesionales entrevistados constituye la estructura sanitaria desde donde mejor se realizan acciones preventivas en el conjunto de la población, la limitación de tiempo hace que el profesional tenga que dejar de lado las actuaciones preventivas. A decir de los profesionales, no sólo es muy complicado el poner en marcha acciones de prevención grupales u otras actividades suplementarias a la mera labor individual en la consulta, sino que incluso ésta se ve cada vez más atacada por la falta de tiempo del médico de cabecera:

“Completas así el historial médico o si ves alguna patología... Bueno, eso lo intentas hacer siempre que puedes pues hay veces que es imposible por falta de tiempo. Pero si ves que no hay demasiada gente, que vas bien de hora, o que tiene demasiadas cosas o no tiene nada de información entonces sí que se les hace. Vamos, cuando se puede...”. (Médica. C.S. Centro. Madrid)

Esta sobrecarga conduce a que, según algunos profesionales, desde las instancias sanitarias cada vez se prime más lo asistencial en detrimento de las acciones preventivas y de promoción de la salud entre toda la población.

“La prevención y la promoción está prácticamente desaparecida en la sanidad madrileña. Prima lo asistencial, la urgencia y es que no hay tiempo para actuaciones preventivas e informativas a la población en

su conjunto. Nosotras hemos dado charlas a mujeres en el pueblo que han sido muy interesantes y con gran participación pero no podemos mantener esta actividad con la gran carga asistencial que tiene el Centro... Con pacientes cada seis o cinco minutos es imposible hacer labor preventiva. Yo soy de las “bordes” que en la agenda cito a los pacientes cada 10 minutos. Digo “borde” porque para esto te tienes que pelear. En el caso del médico es peor, pues tiene además de las citas, las citas forzadas puede tener una lista de 35 pacientes y que encima le metan en las citas a cinco más forzados.” (Enfermera C.S. Noroeste CM)

Aunque en menor medida, también los especialistas manifiestan sufrir una gran carga asistencial que impide que puedan dar a los pacientes la información precisa sobre su afección. Parece que el tiempo del que disponen los facultativos para llevar a cabo su labor de información al paciente sobre su situación y las medidas que debe asumir para su cuidado no llegan al mínimo de lo que sería necesario.

“Hombre, el médico sería fenomenal que informara... Pero estamos hablando de ¿Pero cuanto tiempo tiene el médico para informar? Es que, vamos, te quiero decir. Vamos a ver, a mí me lleva informar a un paciente que ha tenido un infarto... A veces me pide algún conocido que te dice: “oye, que fulano ha tenido un infarto, ¿podrías hablar con él?”. Entonces, siempre me ofrezco porque es muy probable que nadie le haya informado. Y a mí me lleva explicar lo que le ha pasado a una persona que ha tenido un infarto, a explicarle los cambios en su modo de vida, exactamente una hora u hora y pico. O sea, que si el médico de cabecera tiene media hora por paciente, o veinte minutos, pues efectivamente podría hacer un cierto papel de información. Pero con cinco minutos, olvídate”. (Cardiólogo, Hospital Público, Madrid)

- La visión compartimentalizada de la salud

En relación con la prevención de riesgos cardiovasculares, algunos profesionales entrevistados hacen referencia a una concepción que consideran persiste en la práctica profesional y que se concretaría en una visión compartimentalizada de la salud.

Partimos de que la prevención cardiovascular se debería entender como prevención global para la salud y hacia esa visión transversal deberían dirigir sus esfuerzos el conjunto de los sanitarios, fuera cual fuera su especialidad.

“Es importante el tratamiento global de afecciones, la prevención general. No se puede atender sólo a los niveles analíticos de los distintos items (colesterol, ácido úrico...) pues la enfermedad sobreviene del conjunto de factores que tiene la persona. El cuidado debe ser por tanto global y la atención debe ser también global, atendiendo a los distintos factores que afectan a la persona. Y en el caso de las mujeres se plantea la necesidad de atender a muchos factores diferentes, muchos que repercuten en su salud cardiovascular, colesterol, menopausia, estilo de vida, sedentarismo, tabaquismo, sobrecarga familiar, número de hijos, trabajo...” (Enfermera de Empresa. Madrid)

Sin embargo, tal como se pone de manifiesto en algunas entrevistas, seguiría primando una cierta compartimentación del tratamiento al paciente según especialidades e incluso según organización sanitaria, atención primaria, especialidades... En este sentido, y como ya señalamos anteriormente, llama la atención la escasa información que se da a las mujeres sobre los cambios en su salud debidos a la menopausia que ofrecen los servicios de ginecología, siendo una especialidad médica dedicada en exclusiva a la mujer.

- La necesidad de mayor formación sobre temas cardiovasculares relacionados con la mujer

Otro tema a afrontar, independientemente de los anteriores, es la necesidad que señalan los especialistas de una mayor formación del conjunto del personal sanitario sobre riesgos cardiovasculares, accidentes cardiovasculares y sintomatologías, especialmente referidos a la mujer.

“Es imprescindible incidir en los cardiólogos en su conjunto... y en los médicos en general, también... sobre la presencia de los riesgos cardiovasculares y las particularidades que presentan en la mujer. Entre el personal sanitario se puede hacer mejor la labor de concienciación a través de revistas, congresos, cursos... todo eso” (Cardiólogo. Hospital Público. Madrid)

C) PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DESDE LAS INSTITUCIONES

- Descoordinación entre diferentes recursos

Algunos entrevistados han destacado que se produce muchas veces cierta descoordinación entre los diferentes recursos existentes, lo que lleva a la duplicación de esfuerzos, infrautilización...

“De pronto te enteras que vienen los de Servicios Sociales al Ayuntamiento a dar una charla sobre diabetes. Y ¡bueno!, nosotros somos los que mas sabemos de diabetes, estamos aquí y no cuentan con nosotros”. (Enfermera C.S. CM)

- Escaso alcance de algunas campañas

Algunas campañas resultan de alcance reducido al limitarse a la difusión de información escrita, sin acciones asociadas. Cuando la distribución de propaganda informativa, las campañas visuales y en los medios se refuerzan con prácticas, como por ejemplo, facilitar pruebas clínicas, el efecto de las campañas y sus mensajes tienen una incidencia mucho mayor.

“Las campañas generales a la población son importantes y cumplen con la labor de información, y más si van acompañadas de acciones desde la sanidad pública. Por ejemplo, las campañas de detección precoz del cáncer de mama que se acompañan con citas a las mujeres mayores de cierta edad para ir a hacerse mamografía tienen buenos resultados. Pero otras cosas, como los folletos que de vez en cuando nos llegan a los Centros de Salud para que se repartan... La verdad es que no son muy eficaces. Los folletos así, sin una actuación extra, no sirven para nada. Aquí los usan para abanicarse...” (Enfermera C.S. Madrid)

- Generalidad de los mensajes dirigidos a la mujer

En opinión de algunos entrevistados, la prevención cardiovascular no llega muchas veces a la mujer porque es general e inespecífica. Incluso los profesionales que defienden que la prevención de riesgos cardiovasculares debe dirigirse por igual a toda la población – es decir, que no se precisarían campañas especialmente dirigidas a la mujer en este campo – consideran que estas campañas generales sí deberían incorporar aspectos específicos de la población femenina, tratando los hábitos y formas de vida y las situaciones de cambio

como la menopausia o el rol de cuidadora, que afectan a la mujer y le pueden generar factores de riesgo cardiovascular.

“Yo no estoy a favor de que se hagan campañas diferenciadas para hombres y mujeres... Pero de todas formas habría que tratar la situación y el rol de la mujer como cuidadora universal, en el caso de las amas de casa, como personas con una vida que no les procura satisfacciones, por lo que se dan altos índices de depresión, y estos temas de los que hemos hablado que son origen de riesgo cardiovascular y que se dan sobre todo en las mujeres de cierta edad”. (Cardióloga, Hospital Público. Madrid)

Plantear de manera específica la situación de la mujer parece ser la única forma de trabajar contra los prejuicios e imágenes imperantes de lo cardiovascular como problema masculino.

12.3. Las propuestas de los profesionales para mejorar la prevención de riesgos y enfermedades cardiovasculares entre las mujeres

Pasamos a tratar en este apartado cómo entienden los profesionales que deberían realizarse las acciones encaminadas al fomento de la prevención de riesgos y enfermedades cardiovasculares entre las mujeres madrileñas.

Como premisa, hay que señalar que estas acciones deberían formar parte de las acciones generales dirigidas al conjunto de la población. Estas acciones generales deberían recoger las especificidades de la condición femenina ante el riesgo cardiovascular que han señalado a lo largo de su discurso. Y además, estas acciones deberían contener un carácter formativo, no quedarse en lo meramente informativo.

“La información a las mujeres sobre los riesgos que tienen está presente en los medios. Hay suficiente información pero quizá falte formación. Los medios y los políticos no hacen “pedagogía” en los medios sobre ninguna actividad de la vida, y por tanto tampoco en salud”. (Médico, Internista Clínica Privada. Madrid)

A.- COMO CUESTIONES GENERALES A TRATAR, LO PROFESIONALES SEÑALAN:

- - Continuar fomentando la responsabilidad de la persona en el cuidado de su propia salud. Este debe ser un objetivo prioritario en la relación que se establece con el paciente en la consulta.

“Es necesario insistir en que cada persona debe hacerse responsable de su salud. Hay una gran resistencia a responsabilizarse de la salud, a asumir los hábitos de vida saludable” (Enfermera de Empresa. Madrid)

- Es preciso mantener las acciones grupales y comunitarias, pues se considera que la prevención en consulta necesita ser complementada con estas actividades de mayor alcance. Se pide, por ello, que exista un apoyo a la realización de las mismas desde las autoridades sanitarias. Apoyo que vaya desde el reconocimiento del tiempo dedicado a las tareas de organización hasta el desarrollo de instrumentos que faciliten la realización de los mismos (p.e. una base de datos disponible para los profesionales y con actualización constante donde puedan encontrarse materiales para la realización de talleres, etc.)
- Hay que incidir públicamente en la idea de que las enfermedades cardiovasculares afectan también a las mujeres, que no son enfermedades masculinas. Comunicar que el riesgo para toda la población de sufrir un accidente cardiovascular, tanto en el caso de hombres como de mujeres a partir de una determinada edad, es significativo.
- Es necesario continuar poniendo de manifiesto la relación directa que existe entre estas enfermedades y otras afecciones como la diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión, sobrepeso etc. y que es idéntica tanto para varones como para mujeres. Se precisa continuar difundiendo información sobre factores de riesgo y su relación con las afecciones cardiovasculares y con la posibilidad de enfermedades cardiovasculares.
- Es preciso, sin embargo, tratar de lograr un difícil equilibrio: la labor formativa e informativa debe conseguir concienciar a la población pero

sin provocar alarma o excesivos miedos, que muchas veces conducen a apoyarse en falsos remedios o a rechazar en pleno todo consejo médico:

“...hay personas que les da miedo el ir al médico por si le detectan alguna enfermedad. Es preciso hacer una actuación preventiva equilibrada. No interesa que la persona se considere enferma por el hecho de tener alguna afección. Claro, hay que tener también un equilibrio en cómo se trata el tema. Si tengo colesterol alto y tengo que tomar una pastilla, no quiere decir que ya estoy enfermo para toda la vida, y se sitúa uno en el papel de enfermo. No, tengo el colesterol alto y voy a tomarme la pastilla para mantenerlo controlado, aparte de hacer otras cosas...” (Médico. C.S. Sur. Madrid)

B.- DENTRO DE ESA INFORMACIÓN GENERAL, ES PRECISO INCLUIR UNA SERIE DE ESPECIFICIDADES SOBRE LA MUJER:

- Hay que incidir en el conocimiento de que las enfermedades cardiovasculares no son solo las cardiopatías isquémicas, abriendo el abanico de enfermedades que entran dentro de esa categoría, con lo que se conseguiría una mayor conciencia de las mujeres, que saben por la experiencia de su entorno que alguna de ellas afecta más, o por lo menos en igual medida, a las mujeres (en especial el ictus)
- Habría que erradicar la idea de que la menopausia es un enfermedad que se cura con un determinado tratamiento. Informar a las mujeres sobre los efectos y cambios que conlleva la menopausia. Involucrar a los servicios de ginecología en las labores de prevención cardiovascular.

C.- SI BIEN LA VÍA CENTRAL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD SE DEBE SITUAR SEGÚN LOS PROFESIONALES EN EL MÉDICO Y EL ENFERMERO EN CONSULTA Y EN LOS SERVICIOS SANITARIOS A TRAVÉS DE LAS CAMPAÑAS, GRUPOS, CURSOS, QUE PONGAN EN MARCHA, TAMBIÉN PARECE URGENTE PARA LA MAYOR PARTE DE LOS ENTREVISTADOS PONER EN MARCHA CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN MÁS GENERALES.

- En la sociedad actual, con acceso a la información a través de los medios y de manera virtual, con una continua oferta de imágenes y estereotipos que marcan el modelo a seguir, la información sobre la salud y sobre hábitos de vida saludable debe propagarse de manera transversal a través de todos los medios disponibles. En este sentido se destaca el importante papel de los medios extrasanitarios, sobre todo la televisión, en esta difusión informativa:

*“Insistir desde las consultas y desde todos los puntos de información que pueda haber extrasanitario, por ejemplo la TV, que influye mucho.. Muchas veces sucesos particulares conocidos por los medios tienen más efectos en la población que una campaña. Mira por ejemplo los casos de cáncer que ha habido en mujeres conocidas, el cáncer de Esperanza Aguirre, por ejemplo, que ha animado a muchas mujeres a hacerse pruebas...”
(Ginecóloga. Hospital Público, CM)*

“El peligro del colesterol alto sí que lo relacionan un poco más. Como también la publicidad de TV les dice que si el colesterol hace un tapón en las arterias, eso sí que lo relacionan un poco. Ellas sí relacionan más un infarto o un evento vascular con cifras de colesterol elevadas”. (Médica. C.S..Madrid)

- También se ha destacado repetidamente, aunque en una lógica más a largo plazo si nos referimos a las edades que tratamos en la presente investigación, que el sistema educativo debería estar más involucrado en temas de salud. Las campañas informativas y formativas sobre salud y hábitos saludables se deberían impartir en todos los colegios como parte de la educación de la población.

“Se debería iniciar estas campañas informativas y formativas, sobre todo formativas desde los colegios, desde la infancia, pues en realidad es enseñar a las personas a vivir de una manera que les hará sentirse y estar mejor. Estos cursos formativos deberían extenderse a toda la población”. (Enfermera. C.S.. CM)

- Algún entrevistado también recuerda la importancia de las medidas legislativas sobre el consumo excesivo de productos que afectan a la salud cardiovascular, como el tabaco, las grasas, la sal...

“La UE está discutiendo si restringir por ley el consumo de sal y la dosificación de sal en los alimentos, empezando por el pan. Hacerlo por ley”. (Médico, Internista Clínica Privada, Madrid)

12.4. La capacitación profesional y puesta al día de los profesionales sanitarios en relación con la prevención cardiovascular

Un último aspecto sobre el que se consultó a los profesionales fue sobre las necesidades formativas, sobre la capacitación específica para manejar cuestiones relacionadas con la salud cardiovascular.

No ha aparecido en general ninguna crítica ni demanda específica relacionada con la formación de los profesionales, que mayoritariamente se considera que es más que adecuada: desde la formación a la que se accede en la residencia (MIR) a los programas continuos de actualización y puesta al día que oferta las instituciones sanitarias (Consejería, etc.) para los profesionales en ejercicio, pasando por las propias acciones de auto-formación que, al decir de algunos entrevistados, realiza el personal de muchos centros en sesiones periódicas.

En el ámbito de Atención Primaria en particular, se afirma que existe una gran capacitación para afrontar las cuestiones relacionadas con la prevención de la salud – tanto por parte de los médicos, que encuentran en la formación en la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria un programa específico en torno a los factores de riesgo y las formas de prevención, como por parte de las enfermeras, que también se hallan formadas específicamente en acciones preventivas.

Y por lo que respecta particularmente a la formación en el ámbito de lo cardiovascular, tampoco se formula ninguna demanda de aumentar o mejorar la formación: la práctica totalidad de los entrevistados valoran positivamente la información con la que cuentan y su capacitación profesional para atender los problemas cardiovasculares. Esto no es obstáculo, sin embargo, para que consideren que es necesario continuar formándose, de tal modo que los profesionales cuenten con una actualización continua de la información sobre factores de riesgo, etc.

Dentro de esta satisfacción general con la formación existente, en algunas entrevistas, no obstante, se han mencionado dos cuestiones que quizá se podría reforzar en la formación profesional:

- En primer lugar, en relación directa con las acciones de prevención y fomento de la salud en la relación clínica, se ha sugerido la posibilidad de ofertar algún tipo de formación en los procesos de modificación de conducta. Dado que buena parte de las acciones de prevención emprendidas tiene como objetivo el cambio de hábitos en el paciente (cambios en la alimentación, en el consumo de tabaco, en el ejercicio...), algún entrevistado ha mencionado que sería positivo contar con mayor formación sobre los procesos de cambio de hábitos, las resistencias que encuentran, los posibles facilitadores para el cambio, etc.
- En segundo lugar, y de una forma más extendida en el conjunto de entrevistas realizadas, se ha hecho referencia a que las formas de expresión y de comunicarse con el perfil de paciente que hemos abordado, las mujeres de 45 a 65 años, son particulares y diferentes de las de otros pacientes. Formas de expresarse que son confusas, que mezclan muchas cuestiones y que, incluso dicen algunos profesionales, llega a generar cierto rechazo en algunos médicos o enfermeras ("*son unas pesadas!*"). Por ello, se ha sugerido que podría existir algún tipo de formación para mejorar la comunicación entre médico y paciente.

12.5. A modo de resumen: las valoraciones y propuestas de los profesionales sobre la prevención específicamente cardiovascular

Como en los capítulos anteriores, y a modo tanto de resumen como de resalte de los puntos más cruciales, finalizamos señalando cinco conclusiones que cabe extraer de lo aquí expresado por los profesionales:

- Los profesionales consideran, en muchos casos, que existe un valioso número de acciones relacionadas con la prevención y el fomento de la salud cardiovascular, movilizados desde el Centro de Salud como ámbito privilegiado para su organización. El sustrato para la realización y transmisión a los pacientes de una buena lógica de prevención está ahí, pero enfrenta muchas veces problemas que lo dificultan.
- En concreto, se traen a colación dos problemas que se han repetido en las opiniones recogidas y que parecen cardinales. Por un lado, la altísima presión asistencial, que acaba actuando en contra tanto de la posibilidad de una buena prevención en Atención Primaria como del tiempo para realizar un diagnóstico correcto en Urgencias. Por el otro, la descoordinación que se da muchas veces entre recursos similares, o la ausencia de aprovechamiento de ciertos recursos (el caso de la medicina de empresa) que pueden ser de una mayor ayuda a la hora de mejorar la salud cardiovascular de la población
- Los profesionales destacan repetidamente la necesidad de realizar campañas específicas en medios de comunicación, folletos, carteles etc, que atiendan a la especificidad de la salud cardiovascular femenina, pero es preciso que estas campañas que se vean acompañadas de los recursos materiales, personales y de tiempo necesarios. En caso contrario, resultarán fútiles y no llegarán a alcanzar los objetivos buscados. Es preciso, por tanto, trabajar al mismo tiempo tanto el plano de “lo cultural”, las dimensiones de imagen y visibilidad, como el plano de “lo material” , la dimensión de asignación y distribución de recursos.
- En lo que respecta a la valoración que hacen los profesionales sanitarios de la formación recibida, se efectúa una valoración muy

positiva: los profesionales consideran que están bien formados, tanto en lo que tiene que ver con la prevención más en general como en la actualización sobre las patologías cardiovasculares. Esto no es óbice para que se opine que es necesario mantener esa formación continuada.

- Por último, un aspecto destacable (en negativo) de las opiniones de los profesionales sobre las acciones a emprender es que, a pesar de que ponen mucho énfasis en la influencia del rol de cuidadora a la hora de señalar las problemáticas específicas de la mujer, las sugerencias que realizan no tienen apenas en cuenta posibles acciones enfocadas a la modificación de los modelos tradicionales de rol – acciones concretas respecto de la igualdad de género. Los profesionales médicos – en la medida de sus posibilidades, claro – podrían actuar como agentes promotores de esa igualdad y, en parte, como educadores de sus pacientes al respecto.

XIII.- PREVENCIÓN, SALUD CARDIOVASCULAR Y SESGOS DE GÉNERO EN EL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES

Finalizamos la parte del informe dedicado al discurso de los profesionales con una revisión de los aspectos relacionados con el género. Este acercamiento desde la perspectiva de género se emprende bajo el supuesto o hipótesis, planteada con creciente fuerza por un importante contingente de estudios desde los años 90, de que los déficits en la salud cardiovascular femenina encuentran un refuerzo, cuando no una de sus principales causas, en los sesgos de género que rigen aún en el manejo diagnóstico, en la atención terapéutica o en la investigación clínica.

Así, por ejemplo, por traer a colación documentos relativos a la situación en nuestro país, el amplio estudio sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer realizado por la Sociedad Española de Cardiología para el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008, constataba una realidad: las mujeres resultan diagnosticadas peor y más tarde que los varones cuando se trata de patologías cardiovasculares, de tal modo que “el peor pronóstico global en las mujeres [en especial en cardiopatías isquémicas] es debido en parte a que se trata de pacientes de más edad, con mayor patología asociada, pero también al retraso en el diagnóstico”¹². Sin atribuirlo a una causa única, en diferentes momentos de este estudio se apoya la tesis de que una de las razones de este retraso en la

¹² *Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la Situación en España*. Informe realizado por la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 5, disponible en la página web del Ministerio: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf> . También disponible en una versión ligeramente diferente en un suplemento de la Revista Española de Cardiología: *Rev Esp Cardiol*. 2008; Vol.08 Núm Supl.D

detección de problemas cardiovasculares en las mujeres tiene que ver con un menor esfuerzo diagnóstico o con una peor utilización de las herramientas diagnósticas que cuando los profesionales se ocupan de pacientes varones.

Otro artículo de revisión sobre sesgos de género en la atención clínica destacaba que no sólo se estaría produciendo ese sesgo en el diagnóstico cardiaco, sino que también puede detectarse en el propio esfuerzo terapéutico, de tal modo que – pese a una prevalencia y morbilidad similar entre los sexos – los varones son en mucha mayor medida que las mujeres objeto de procedimientos hospitalarios en relación con problemas del aparato circulatorio: según datos correspondientes a los hospitales españoles en 1999, por ejemplo, un 70,25% de procedimientos por problemas cardiovasculares se realizaron a varones, frente a sólo un 29,75% a mujeres¹³.

Un tercer aspecto en el que también intervendrían sesgos de género es el de la investigación clínica y el desarrollo de medicamentos: en los ensayos clínicos relacionados con los tratamientos para enfermedades cardiovasculares (sobre todo en las fases iniciales de desarrollo de los mismos), las mujeres han tendido históricamente a estar infrarrepresentadas, de tal modo que ciertos fármacos o recomendaciones sanitarias (por ejemplo, la recomendación de usar aspirina a dosis bajas como forma de prevenir el infarto de miocardio) no son efectivas en mujeres, o resultan incluso contraproducentes, mientras que sí resultan apropiadas para los varones (que constituyeron el grueso, o la totalidad, de los grupos participantes en los ensayos clínicos)¹⁴. La constatación de esta “invisibilidad” femenina en los ensayos clínicos ha conducido incluso a una reciente revisión de las *guidelines* para la aprobación de medicamentos cardiovasculares tanto por parte de la americana FDA (Food and Drug Administration) como de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), revisión que hace obligatoria la inclusión de una proporción suficiente de mujeres en los ensayos clínicos¹⁵.

¹³ RUIZ CANTERO, M; VERDÚ-DELGADO, M., “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, *Gaceta Sanitaria*, 2004:18 (Supl 1): 118-25, pág. 121

¹⁴ LAGUNA GOYA, N. ; ANDRES RODRIGUEZ-TRELLES, F. de. “Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2007”. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2008, vol.82, n.3; VALLS LLOBET, C. “Riesgos cardiovasculares en las mujeres”, *Mujeres y Salud*, 23 1/2008

¹⁵ European Medicines Agency, *Reflection Paper on Gender Differences in Cardiovascular Issues*, 2006, Doc. Ref. EMEA/CHMP/EWP/498145/2006

Estos son sólo algunos de los trabajos recientes que están destacando la intervención de prejuicios, estereotipos y sesgos de género en el abordaje clínico y terapéutico de las enfermedades cardiovasculares¹⁶. La constatación de esta problemática relacionada con el género, la salud cardiovascular y la atención sanitaria nos autorizaba a plantear, aún a modo de hipótesis, una posible influencia de sesgos relacionados con el género en la actuación de los profesionales de ciencias de la salud de la Comunidad de Madrid cuando se trata de atender problemas relacionados con la salud cardiovascular de las mujeres.

Pero son los mismos profesionales los que aseguran que, lógicamente, en tanto parte integrante de la sociedad en la que viven, ellos y ellas se ven también influidos/as por la ideología de género y por los estereotipos sociales sobre las patologías cardiovasculares femeninas.

Esta opinión de que, aunque en disminución, sigue existiendo aún un cierto sesgo de género en la atención de los profesionales sanitarios resulta la más extendida entre los/as entrevistados/as. Y debe ser considerado un hecho positivo, pues significa que (cuando menos en el contexto de reflexión al que obliga una entrevista) los entrevistados están alerta de la existencia y persistencia de esos sesgos. Es decir, puede interpretarse que el propio hecho de reconocer la existencia de sesgos implica una menor fuerza de los mismos, y un cierto estado de “alerta” frente a su influencia.

¿Pero cuáles son, de acuerdo con los entrevistados, los aspectos de la atención sanitaria a la salud cardiovascular en los que se manifiestan, con mayor o menor intensidad, estos sesgos de género? Los/as entrevistados/as han destacado, sobre todo, cuatro aspectos, a los que dedicaremos este capítulo:

- Sesgos de género en la “sospecha” general ante un posible riesgo cardiovascular;
- Sesgos de género en la diferente reacción ante un dolor de pecho que pudiera ser síntoma de un episodio cardíaco según lo sufra un varón o una mujer;

¹⁶ Una muestra de este creciente interés puede leerse en las jornadas celebradas recientemente en el Hospital Clínico San Carlos, y patrocinadas por la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), en torno a la “Ausencia de Evidencia Científica en Mujeres: Sesgos de género en la Investigación Clínica” (Madrid, 21 de Junio de 2011), donde la problemática cardiovascular tuvo un papel preponderante como claro ejemplo de la intervención de los citados sesgos de género.

- Sesgos de género en el conocimiento o desconocimiento de la diferente sintomatología en la mujer
- Por último, la influencia del sexo del profesional.

13.1. Sesgos de género en la “alerta” clínica ante el riesgo cardiovascular

El sesgo más general e inespecífico que describen los profesionales entrevistados tiene que ver con esa concepción tradicional de las enfermedades cardiovasculares que las entiende como patologías prioritariamente masculinas. La práctica totalidad de los entrevistados afirma que, aunque en la actualidad los profesionales de la sanidad están informados de que, a partir de la menopausia, las mujeres tienen un riesgo cardiovascular equiparable o superior al de los varones, sigue primando la idea implícita de que las afecciones cardiovasculares son enfermedades esencialmente masculinas. Y muy particularmente se establece como masculino el accidente cardiovascular:

“A mí me parece que sí. Los infartos se relacionan con los hombres y las mujeres... Bueno es lo que decimos todos, cuando llega una mujer a urgencias diciendo: “Me duele aquí” decimos: “Bueno, está loca, está nerviosa, tiene angustia” y cuando llega un hombre directamente le hacen un cateterismo no vaya a ser que... ¿no?” (Enfermera C.S. Sureste Madrid)

Este sesgo inespecífico influiría sobre toda relación médica con pacientes de diferente sexo, haciendo que el profesional esté más atento al riesgo cardiovascular y a la posible manifestación de una enfermedad cardiovascular en el caso de tratarse de un paciente varón que ante una paciente mujer, incluso cuando esta manifieste idénticos factores de riesgo, síntomas y signos clínicos.

De todas formas, los profesionales también perciben y expresan que estos sesgos están en transformación y que el sexo femenino del paciente, muy especialmente cuando supera los 50 años y manifiesta alguno de los factores de riesgo apuntados en el capítulo anterior, es cada vez más una llamada de atención para los sanitarios, algo que les pone sobre aviso de las posibilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

Es sólo de manera minoritaria que algún entrevistado entiende que es lógico que los sanitarios atiendan preferentemente a las afecciones cardiovasculares de los varones, pues en ellos habría más riesgo cardiovascular a lo largo de toda su vida. En cambio, esta minoría de entrevistados señala que en las mujeres el riesgo comienza a aumentar a partir de la menopausia, pero no de forma inmediata sino progresivamente, dándoles un margen de alrededor de 10 ó 20 años hasta situarse al mismo nivel de riesgo que los hombres.

“Las mujeres tras la menopausia empiezan a tener riesgo cardiovascular pero no de forma inmediata, sino progresivamente. Pueden estar alrededor de 10 ó 20 años hasta situarse al mismo nivel que los hombres y llegadas a esa edad están fuera de la edad laboral, por lo que a mí no me llegan” (Cardiólogo Sociedad Privada. Madrid)

Por el contrario, la amplia mayoría de los profesionales entrevistados señalan que la “barrera de protección” de la mujer desaparece con mayor rapidez tras la menopausia, no sólo por el propio funcionamiento corporal sino también por la influencia de otros factores de riesgo cada vez más extendidos entre la población femenina (tabaquismo, etc.), y que no debe existir por tanto una atención preferente hacia los varones – incluso en edades más tempranas. El defender una u otra premisa respecto de la protección hormonal en torno a la menopausia sitúa al profesional de diferente manera ante la mujer: en el primer supuesto, es previsible que el facultativo no se mantenga alerta ante posibles afecciones cardiovasculares de la mujer que no sea de edad muy avanzada, mientras que cabe suponer que los defensores de la segunda estén más abiertos a esta posibilidad. Convendría, por tanto, aclarar quizá este punto y comunicar de forma más clara a los colectivos profesionales el “ritmo” de desaparición de esa protección hormonal.

13.2. Sesgos de género en la reacción médica frente al dolor torácico

Esa actitud prejuiciosa hacia la enfermedad cardiovascular femenina, de acuerdo con lo que expresan los encuestados, influiría de una forma general e inespecífica sobre toda acción asistencial y clínica. Pero el aspecto concreto en el que se ha destacado con mayor fuerza este posible sesgo tiene que ver con la reacción médica ante los síntomas de una posible afección cardiovascular, y

más concretamente en los casos de cardiopatías isquémicas, ante un síntoma evidente: el dolor de pecho.

“Lo lamentable es que eso los sanitarios también lo tienen en la cabeza. Te viene un dolor precordial, un dolor de pecho, si es un hombre se piensa en una enfermedad del corazón y si es mujer se piensa que es ansiedad. Eso lo tenemos todos aún en la cabeza”
(Enfermera C.S. Suroeste. Madrid)

La práctica totalidad de los profesionales entrevistados destacan que ante un paciente que expresa un dolor de pecho, la reacción médica tiende a ser diferente si quien lo experimenta es un varón o una mujer. En el caso de que el paciente sea un varón, la primera sospecha del facultativo se orienta a la posibilidad de un accidente cardíaco, por lo que se prescribe siempre un electrocardiograma que lo confirme o descarte.

En el caso de que el paciente sea la mujer, los profesionales interpretan con frecuencia que el dolor de pecho puede ser síntoma de episodios de ansiedad, angustia, estrés, lo que provoca que en ocasiones se retrasen o, directamente, no se prescriban pruebas diagnósticas que puedan confirmar o descartar el accidente cardiovascular.

“Es cierto que en las mujeres se dan más crisis de ansiedad y a veces el cuadro te da que es una crisis de ansiedad y tienes que descartar. Según los casos y la edad también le haces un electro para quedarte tranquilo y que ella también se quede tranquila...” (Médico. C.S. Sur. Madrid)

Los entrevistados atribuyen esta diferente reacción a esas ideas preconcebidas entre los profesionales que sustentan aún la expectativa de una mayor incidencia de accidentes cardiovasculares en los varones, y que por tanto, conllevan un claro sesgo diagnóstico. Los prejuicios relacionados con esa concepción culturalmente masculina están presentes “aún en la cabeza” de los profesionales y orientan así el recurso diagnóstico. Se puede interpretar que la mayor atribución de episodios de angustia, ansiedad, etc. a las mujeres es la otra cara de la moneda, respondiendo a la prejuiciosa visión tradicional de la mujer como un “animal emocional”, desbordado por sus propias pasiones, y más propensa por tanto a “dolencias del alma”... En cualquier caso, esta

“generización” de la interpretación de los síntomas conlleva en muchas ocasiones una diferente remisión diagnóstica de varones y mujeres:

“Si, sospechamos más en el hombre...Un dolor de torso siempre te hace sospechar. Es raro que se vaya sin un electrocardiograma. En los casos de mujeres de más de 50 también te lo piensas... Pero en general sospechamos más en el caso de que el paciente sea hombre” (Médico. C.S. Sur. Madrid)

Lo expresado por los profesionales entrevistados coincide así con los datos recogidos en diversos estudios realizados alrededor de esta problemática¹⁷. Hay que señalar, sin embargo, lo positivo del amplio conocimiento y reconocimiento profesional, y transversal a las diferentes especialidades, del problema. Pero aunque la propia explicitud discursiva, en la práctica totalidad de los entrevistados, sobre la existencia de este sesgo en la actuación profesional implica que existe ya una conciencia hacia el cambio, parecería a tenor de lo expresado que conviene continuar concienciando a los profesionales sobre este prejuicio diagnóstico – muy especialmente en ámbitos asistenciales con una especial relevancia en la atención a episodios agudos como puedan ser las Urgencias.

13.3. La especificidad de la sintomatología femenina, un aspecto obviado por la mayoría de profesionales

De forma relacionada con ese sesgo de género en la deriva del dolor de pecho hacia uno u otro procedimiento diagnóstico, emerge una interesante visión que no sólo reforzaría esta reacción diferencial de los profesionales ante los síntomas de las cardiopatías isquémicas, sino que le aportaría además una explicación algo diferente y con implicaciones más profundas para la atención a posibles episodios agudos femeninos. Visión, además, que nos parece de entre las informaciones más relevantes del presente estudio.

¹⁷ Por ejemplo, el estudio citado anteriormente de la Sociedad Española de Cardiología sobre la *Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la Situación en España* (2008) ya advertía que “en general, y sobre todo en el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas en relación a los varones en la adopción de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas, lo que puede influir en un peor pronóstico”, pág. 98

Los cardiólogos entrevistados indican que entre las mujeres la sintomatología de las cardiopatías isquémicas (angina de pecho, infarto...) se experimenta de forma diferente a la del varón, lo cual puede confundir al facultativo, en dos sentidos: por la propia diferencia “biológica” en el modo de experimentar los síntomas, en la sintomatología en sí, y por la diferencia en la narración de esos síntomas.

“Hay una sintomatología especial en la mujer en el caso de cardiopatía isquémica, lo que muchas veces confunde al médico. Porque es que la angina en la mujer se manifiesta de otra manera y además las mujeres cuentan los síntomas de otra manera”. (Cardióloga. Hospital Público. Madrid)

Estos profesionales señalan que estudios científicos están actualmente insistiendo en el hecho de que la sintomatología en la mujer se presenta diferente a la de los varones. La sintomatología que se conoce y se adscribe a las cardiopatías isquémicas es la que se ha dado históricamente entre los varones: el dolor que empieza en el pecho y sube por el brazo, etc. En cambio, en las mujeres muchas veces el infarto cursa con una sintomatología diferente y considerada “atípica”: se inicia en el esternón para irradiarse a las mandíbulas, incluye palpitaciones y sudor frío... Se podría, por tanto, interpretar que muchos de los profesionales sanitarios siguen barajando los síntomas “masculinos” del infarto como los únicos posibles – al igual que las propias mujeres, lo cual también explicaría en parte el anteriormente citado retraso en acudir al médico¹⁸

“En el ámbito científico de la profesión se está haciendo hace años hincapié en la realidad biológica, contraria a la creencia cultural de que las enfermedades coronarias son enfermedades masculinas, y a este aspecto de la diferente sintomatología que puede presentar este tipo de enfermedades en las mujeres. Hasta ahora la terminología, la sintomatología, la expresión de ésta, los datos que llegan al cardiólogo, han sido todos dentro de

¹⁸ En comunicación personal en el contexto de las citadas jornadas sobre “Ausencia de Evidencia Científica en Mujeres”, la Dra. Carme Valls nos comentó que, tras la publicación de una lista de estos síntomas peculiares a las mujeres en la revista *Mujeres y Salud*, se había recibido un significativo *feedback* de agradecimiento por parte de mujeres a las que el documento había servido para identificar mejor sus síntomas.

ese entorno masculino”. (Cardiólogo. Hospital Público. Madrid)

Y sin embargo cada vez resulta más fuerte la evidencia de que, entre otras diferencias biológicas entre los sexos, las mujeres presentan un cuadro clínico típico de las enfermedades coronarias y, sobre todo, de las cardiopatías isquémicas. Por ello, los cardiólogos entrevistados entienden que los resultados de estos estudios científicos deberían estar extendidos en el ámbito de la profesión y de manera especial entre todos los cardiólogos y médicos de urgencias y que en la práctica se precisan diferentes protocolos en el caso de la paciente mujer.

“En las Guías de Práctica Clínica, documentos de consenso donde se revisa mucho la evidencia existente, se recoge que la enfermedad coronaria en mujeres tiene unas particularidades que produce una sintomatología, una expresión de los síntomas, que es distinta a la de los varones, distinta en la mujer que en el hombre. Compartiéndose el patrón de angina, en la mujer aparecen en ocasiones manifestaciones que son distintas y la forma de explorar, es decir de descartar la enfermedad coronaria es distinta en mujeres que en hombres. Tienen un protocolo distinto”. (Cardiólogo. Hospital Público. Madrid)

En este contexto cobran especial significación lo señalado por muchos profesionales sobre el hecho de que las mujeres expresan de forma muy diferente los síntomas que tienen, lo cual aleja al facultativo de la alerta sobre un posible accidente cardiovascular.

“Normalmente las mujeres acuden a consulta por insomnio, cefaleas o por dolor en el pecho como manifestaciones del estrés. La mujer asume que debe tener un cierto stress, por lo que acude al médico cuando ya está muy afectada y precisa tratamientos más duros. Esto dificulta el diagnóstico pues acuden al médico con sintomatologías confusas y que precisan ser desentrañadas.” (Médica. C.S. Madrid)

Ante esta “peculiar” expresión de los síntomas algunos facultativos reconocen que la mujer con su narrativa puede llegar a “confundir” al facultativo – especialmente al profesional varón, como reconoce algún entrevistado – sobre la

patología que le está aquejando, alejándolo de las cardiológicas. Además, el desentrañar la afección choca en muchas ocasiones con las circunstancias de la práctica médica de poco tiempo para la atención de cada paciente, sobrecarga de trabajo etc. Precisamente esta diferente forma de exponer los síntomas hace imprescindible, según los especialistas, que se establezcan protocolos de detección y diagnóstico propios de la mujer y adecuados a ella.

“La mujer expone su sintomatología cardiaca de manera diferente al hombre. Por una lado por la diferente narrativa, por otro porque culturalmente no está asumida esta enfermedad por la mujer como algo propio, y también probablemente por una distinta formas de entender el dolor, por una percepción de los síntomas diferente de los hombres”. Cardiólogo. Hospital Público. Madrid

*“No, no es que nos expliquemos mal. No es que todas las mujeres seamos tontas. Es cómo lo notamos. No sé cuál es la razón pero la angina por parte de la mujer se describe fatal, por lo que hay que estar siempre alertas”
Cardióloga. Hospital Público. Madrid*

Estos dos aspectos de la misma realidad – la posible existencia de síntomas en la mujer diferentes a los del varón y la necesidad de protocolos diagnósticos adaptados a su especial forma de “expresarlos” – resultan claves para la detección y el diagnóstico de los accidentes cardiovasculares en la mujer, según manifiestan los cardiólogos entrevistados.

Lo más significativo, de cara a los objetivos del presente estudio, es que estos datos tan relevantes no han sido resaltados más que por los cardiólogos. Esto podría estar indicando un insuficiente conocimiento por parte de los profesionales, o una insuficiente atribución de importancia, a esta especificidad sintomatológica de las mujeres y señalaría, por tanto, la necesidad de realizar algún tipo de acción divulgativa en los diferentes ámbitos profesionales donde cabe afrontar episodios cardiovasculares agudos.

13.4. ¿influye el sexo del profesional en el modo de abordar los factores de riesgo en las mujeres y las patologías cardiovasculares femeninas?

Más allá de los posible sesgos relacionados con el sexo del paciente, que son los que hasta ahora hemos resaltado, se consultó a los profesionales sobre la posible influencia del sexo del profesional en su atención diferencial hacia las cuestiones de género y hacia la atención a las enfermedades cardiovasculares en las mujeres

Algunas profesionales (principalmente mujeres) señalan que existiría una mayor sensibilidad ante temas de género cuando el profesional médico o sanitario es mujer. Pero otros y otras entrevistados contradicen este hecho. Para algunas entrevistadas, la mayor presencia de profesionales médicos y de enfermería mujeres favorece una mayor atención a las afecciones y riesgos cardiovasculares en mujeres, mientras que otros y otras consideran esto poco relevante, haciendo mayor hincapié en la importancia de una mayor y mejor información y formación sobre estos temas en todos los profesionales, tanto hombres como mujeres.

“También es diferente el posicionamiento de los profesionales según sean hombres o mujeres. Claro, ahí también está el tema de género” (Enfermera. C.S. Suroeste. Madrid)

“Creo que a nivel general en la Sanidad no se hacen diferencias de género en cuanto a la atención, no hay un mayor hincapié por parte de las médicos mujeres... En todo caso sería por estudios, quien más sabe más... Pero da igual que sea hombre o mujer”. (Médica. C.S. Centro. Madrid)

Se podría señalar que sobre este tema no hay unanimidad como para avalar una u otra posición, aunque otros aspectos del estudio, más allá de la propia opinión de los profesionales entrevistados, parecerían inclinar la balanza más bien hacia el lado de la irrelevancia del sexo del profesional sanitario. Desde el punto de vista analítico, y contemplando todas las entrevistas realizadas, no parecen detectarse diferencias entre entrevistados varones y entrevistadas mujeres: en ambos sexos se detecta una apertura hacia a la consideración de temas de género y hacia la atención hacia los problemas específicos del rol femenino. Por

parte de las mujeres participantes en grupos de discusión, tampoco se detectan particulares diferencias en la atención cuando los profesionales son mujeres o varones.

13.5. A modo de resumen: los sesgos de género presentes en la atención profesional

Dos conclusiones claras emergen como elementos centrales de este capítulo centrado en los posibles prejuicios y sesgos de género presentes en la atención profesional.

- Al decir de los entrevistados, persisten toda una serie de sesgos de género en la atención profesional a la enfermedad cardiovascular, provenientes aún de esa imagen tradicional de las patologías del corazón como patologías masculinas. Sin embargo, la amplia conciencia existente entre los profesionales entrevistados de la persistencia de estos sesgos es en sí misma indicadora de las semillas del cambio: conocer, identificar y aceptar los propios prejuicios es el primer paso en un movimiento hacia el cambio. Así, aunque parece preciso continuar luchando contra la acción de estos sesgos en la actividad profesional, los signos de una apertura al cambio – en profesionales de ambos sexos, no únicamente entre las mujeres – permiten ofrecer un moderado optimismo al respecto.
- El aspecto que aparece con mayor urgencia y gravedad de la posible influencia de estos sesgos de género tiene que ver con el sesgo diagnóstico que en ocasiones se produce ante la presencia de un dolor de pecho según el sexo del paciente. Pero además, este posible error en el diagnóstico de cardiopatías femeninas puede verse agravado por la manifestación sintomática diferencial que, a tenor de los últimos estudios, el infarto de miocardio tiene en la mujer. Este último dato no parece ser suficientemente conocido o difundido en el entorno sanitario, lo que aconseja diseñar algún tipo de acción que ayude a su mayor conocimiento.

XIV.- CONCLUSIONES

- El conjunto de las mujeres interlocutoras de la presente investigación aportan un importante perspectiva acerca de sus percepciones y valoraciones en el marco de la relación con los profesionales de la atención primaria, tanto del cuerpo de enfermería como de médicos.
- Partiendo de una valoración positiva acerca de la calidad del sistema sanitario español en general y madrileño en particular, y siendo como son – en su totalidad – defensoras de la sanidad pública, consideran en alta estima el nivel profesional de todos sus agentes aún cuando de forma sistémica los consideran responsables fundamentalmente de las atribuciones de diagnosticar y proponer terapéuticas, en tanto grandes cometidos de la medicina actual.
- De manera paradójica, lo que consideran los grandes avances de la medicina de Occidente, es decir la medicina alópata, actúa contra las políticas de prevención, merced, justamente, a la alta estima en que consideran su poderío: la alianza entre el desarrollo científico (la calidad de los profesionales de todas las áreas); el desarrollo técnico (el avance en el ámbito de las pruebas diagnóstico) y el desarrollo de la industria de los medicamentos, valedora final de la capacidad terapéutica post diagnóstico que perciben, en tanto desarrollo cada vez más perfeccionado desde finales del S. XX y estos principios del siglo XXI..
- Si la fianza en la calidad del sistema sanitario actúa como un freno ante la mayor sensibilización con las propuestas preventivas, éstas últimas valoradas como inespecíficas y genéricas, aunque siempre

bien recibidas en tanto corpus de recomendaciones no logran llegar con mayor capacidad normativa porque se encuentran con diferentes obstáculos que actúan en su contra:

- EXISTENCIA DE UN DOBLE DISCURSO POR PARTE DE LA REALIDAD SOCIAL: CUIDARSE Y EXCEDERSE EN IGUAL MEDIDA
-
- EL DISCIPLINAMIENTO Y SUS PROPUESTAS NUNCA SON SATISFACTORIAS NI GRATIFICANTES EN SÍ MISMAS
- LAS MUJERES DE ESTAS EDADES 45/65 AÑOS VAN SIENDO LENTAMENTE MARGINALES CON RELACIÓN ALAS FIGURAS CENTRALES DE LA CULTURA
- DICHA MARGINALIDAD CON RESPECTO A LAS EDADES CENTRALES DE LA CULTURA, LAS POSICIONA COMO UN TARGET AL QUE EL MERCADO DE LA SALUD (Y DE LA BELLEZA) LE DIRIGE MENSAJES DE ALTO GRADO DE DIVERSIDAD Y CONTRADICCION
- EL VÍNCULO CON LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ES BUENO PERO DEFICITARIO DESDE SUS PERCEPCIONES TODA VEZ QUE EL PROPIO SISTEMA IMPIDE UN VÍNCULO MÁS RELAJADO Y MÁS ABIERTO A UN ENCUENTRO CON AL REALIDAD PECULIAR DE CADA PACIENTE
- LA GRAN CONFIANZA IDEOLÓGICA (DEL CONJUNTO DE ESPAÑA, DE EUROPA Y DE OCCIDENTE) EN EL DESARROLLO DE LA CIENCIA, LA TÉCNICA Y LA INDUSTRIA PARA SITUAR A LA MEDICINA EN UN LUGAR PRIVILEGIADO PARA DIAGNOSTICAR Y PROPONER TERAPÉUTICAS
- No se trata en ningún caso de desestimar la importancia de la función preventiva de la medicina, pero a la misma la consideran inespecífica, toda vez que se trata de un corpus discursivo abierto, diverso y en muchos casos, contradictorio, al que se le presuponen las buenas intenciones para que se viva en las mejores condiciones posibles de salud, y que, al mismo tiempo, parece encubrir un segundo cometido:

lograr rebajar económicamente los costes actuales de la sanidad española.

- De forma muy explícita, identifican la presencia de discursos preventivos tanto provenientes del aparato sanitario específicamente, como de otros medios y soportes que cumplen un papel de protagonismo en dicha tarea: ciertos temas tratados en TV y radio, en revistas destinadas a la mujer, en campañas publicitarias aparecidas en diversos soportes, proclives en su mayoría, a inculcar mejores hábitos de autocuidado y buenas prácticas que mejoren la salud de las mujeres así como una deriva importante, a la que le reconocen centralidad en los medios, en la que la salud y las consideraciones sobre la belleza y la juvenilización se entre traman para beneficiar los intereses del mercado y no tan solo, para promover salud.
- Diversidad de perspectivas y testimonios han presentado un panorama muy amplio de la interpretación sobre lo cardiovascular, las formas de experimentarlo y representarlo de acuerdo a la recepción de diferentes perfiles de mujeres adultas y maduras de la Comunidad de Madrid.
- Las mujeres interlocutoras presentan una noción del cuerpo que hemos caracterizado como cuerpo fragmentado en el que destaca por tener sus máximas atenciones, producto de una política de sensibilización al respecto: lo ginecológico, en tanto especificidad de la biología femenina y en segundo lugar, producto de su propia experiencia en tanto seres sociales que en sus edades maduras se han hecho – o se están haciendo – cargo de sus progenitores, las enfermedades de tipo neurológico.
- La importancia del sujeto femenino como sujeto del consumo, les lleva a una toma muy frecuente de contacto con medios de comunicación que ponen el énfasis en la importancia del cuidado femenino como forma de construcción de una imagen canónica de la mujer en la sociedad actual. Esta realidad deriva en que muchos de los cuidados que realizan a diario – o al menos con frecuencia – como es control de peso, prácticas deportivas, tratamientos de belleza están antes

interpretados desde la perspectiva estética, antes que desde la idea de cuidados en salud para prevenir posibles enfermedades y menos aún la importancia de prevenir enfermedades cardiovasculares

- Por lo que los temores específicos de enfermedades ante las que verdaderamente sienten temor son las de tipo oncológico (el cáncer) o las de tipo neurológico (el Alzheimer)
- A distancia de estas mencionadas, se encuentran los temores cardiopáticos que actualmente se desestiman como gran temor por varios factores
- NO SON PERCIBIDOS CONO ENFERMEDADES DE MALA CALIDAD DE VIDA
- NO PROMUEVEN LA IDEA DE GRANDES PADECIMIENTOS
- LA CARDIOLOGÍA ES UNA ESPECIALIDAD QUE HA CRECIDO Y SE HA DESARROLLADO “ESPECTACULARMENTE” A DISTANCIA DE LAS ANTERIORES
- LOS MALES CARDIOPÁTICOS IMPLICAN UN IMAGINARIO DE BUENA MUERTE, ANTES QUE DE MALA CALIDAD DE VIDA POR DOLOR, POSTRACIÓN O PADECIMIENTOS PARA EL ENTORNO FAMILIAR O CIRCUNDANTE EN GENERAL
- Pero sobre todas las cosas, la presente investigación da cuenta del desconocimiento de estas mujeres acerca de la amplia diversidad de potenciales males que implica lo cardiovascular toda vez que se trata de un término que no saben, no pueden interpretar en toda su dimensión.
- Para ellas lo cardiovascular es una terminología de tipo “técnico” que los facultativos utilizan entre ellos mismos pero que no les llega como concepto ni se corresponde a la noción fragmentada que tiene del cuerpo según la cual, los riesgos a los que están expuestas son principalmente de tipo oncológico, en segundo lugar de nivel neurológico y a distancia de éstos, los cardiológicos, tal como señalamos, pero éstos últimos más propios de los varones que de las mujeres, dimensión en la que se vuelve a poner de manifiesto la noción de sujeto mucho más apto para la fortaleza emocional y mucho

menos dado a los desórdenes que derivan hacia las enfermedades cardiopáticas.

- Por otra parte, la misma noción de “factores de riesgo” resulta poco apta para los procesos de toma de conciencia porque saben que viven en una “sociedad de riesgos” y que muchas de sus prácticas diarias, de ellas y de todos, implican riesgos pero que no pueden dejar de asumirse.
- De igual manera, el concepto factores, en la traducción y trivialización que realizan del mismo, tiende a implicar “algo que influye”, que puede condicionar, etc. pero que en ningún caso les resulta determinante.
- El hecho de que muchas de las enfermedades que realmente corresponde a lo cardiovascular y que reconocen como enfermedades en sí mismas (hipercolesterolemia; hipertensión arterial, diabetes, etc.) las distancia de lo cardiovascular. Pero es aún más estridente el posicionamiento en el que aparecen enfermedades como ictus, aterosclerosis embolia...) a las que consideran de tipo neurológico.
- La ausencia de una política de comunicación acerca de lo cardiovascular desde las diversas áreas con las que se conectan en sus vidas cotidianas (ginecología, medicina interna, etc.) es uno de los aspectos más importantes a modificar de cara a una sensibilización ante el riesgo cardiovascular
- La relativización de la gravedad de las enfermedades del corazón ha sido señalado repetidamente a lo largo de este informe. Si por un lado, el órgano “corazón” y sus enfermedades ha sido sustituidas como imagen de lo más central y lo más terrible por otros órganos (cerebro) y, sobre todo, por otras enfermedades (cáncer) más sistémicas, globales, incapacitantes y crónicas, el infarto ocuparía el lugar de “la buena muerte”. También tiene gran importancia aquí la concepción, extendida socialmente de las enfermedades del corazón como algo únicamente súbito, repentino y más masculino que femenino. Ambos elementos son susceptibles de crear problemas y han de ser tenidos en cuenta: la disminución en la percepción femenina de la gravedad

de lo cardíaco parece llevar a una cierta desatención por los factores de riesgo cardíaco

- Cambio social en los paradigmas de comprensión del corazón, y en especial, creciente importancia de factores psicológicos: junto con los cambios en proceso dentro de los estereotipos sociales sobre las enfermedades del corazón (paso del varón mayor a imágenes más amplias e inclusivas, aunque siga rigiendo el estereotipo masculino) y ciertos desplazamientos en la simbología de lo cardíaco, lo más relevante, a nuestro entender, es un proceso emergente de “psicologización” de las enfermedades cardíacas. Hoy, en las concepciones emergentes, lo físico resulta una “predisposición” que “sale”, “se dispara”, se manifiesta debido a causas psicológicas, como hemos visto. Es de prever que las demandas podrían dispararse si no se realiza una correcta política de sensibilización pero cargada de serenidad y en ningún caso de tremendismo, que solo repercutiría en una demanda masiva hacia la especialidad de cardiología, núcleo central de lo que consideran lo cardiopático, ante el desconocimiento de lo cardiovascular.

Conclusiones del discurso de los profesionales de la salud

- Los profesionales entrevistados expresan una desarrollada conciencia de las situaciones específicas de las mujeres en cuanto a sus vivencias de salud. El género, en efecto, parece ser una categoría que “pone sobre aviso” a los profesionales de toda una serie de posibles situaciones propias de las mujeres.
- A lo largo de las entrevistas aparecen sobre todo cinco problemas relacionados directamente con lo cardiovascular que, a juicio de los profesionales, serían los que requieren de forma más urgente una intervención que conciencie a la población femenina:
 - Los problemas varios que provienen del rol de cuidadora en general y que repercuten sobre la salud cardiovascular femenina.
 - El problema de la no conciencia del aumento de riesgo cardiovascular como una “consecuencia” de la menopausia
 - El problema de la falta de actividad física entre las mujeres y las dificultades para su fomento
 - El problema de la no asociación entre factores de riesgo y el posterior desarrollo de patologías cardiovasculares
 - El problema de que las mujeres no reconocen bien los síntomas cuando sufren un episodio cardíaco
- Es reseñable el hecho de que, más allá de la menopausia, otros posibles factores de riesgo específicamente femeninos que provengan de lo biológico o lo fisiológico no tienen apenas protagonismo en el discurso profesional. No hay apenas menciones a una posible biología o constitución particularmente femenina que pueda derivar en manifestaciones peculiares, diferentes a las de los varones, de la enfermedad cardiovascular y, más bien al contrario, la práctica totalidad del discurso de los profesionales se centra en factores “culturales” o “sociales”, antes que en una constitución biológica específicamente femenina.

El discurso de la prevención

- Se detecta una extendida aceptación y legitimidad del discurso de la prevención entre los profesionales sanitarios, y de forma más acusada entre los profesionales de Atención Primaria, tanto entre los médicos/as como, sobre todo, entre los profesionales de enfermería.
- Sin embargo, existen ciertos aspectos donde el apoyo de los profesionales a la prevención se hace más vacilante o se quiebra, argumentos o creencias que constituyen una suerte de “mitos” negativos respecto de la prevención y que resulta necesario conocer y “contra-argumentar”:

MITOS NEGATIVOS SOBRE LA PREVENCIÓN

Relacionados con la eficacia de las acciones preventivas

- Es imposible cambiar los hábitos de las personas de edad más avanzada
- No existe una demanda de prevención e información por parte de los pacientes
- Las labores preventivas por parte de los profesionales, y en particular el consejo médico, resultan irrelevantes frente a la influencia de los hábitos sociales, los medios de comunicación, etc.

Relacionados con la eficiencia de la prevención

- La prevención comporta un gasto muy grande de recursos para el sistema sanitario y, sobre todo, de tiempo por parte de los profesionales
- El énfasis en la prevención hace a los pacientes dependientes del médico y sobrecarga los recursos sanitarios

Relacionados con las acciones preventivas en consulta

- A la hora de fomentar hábitos saludables entre los pacientes, únicamente resulta útil la estrategia del miedo
- La prevención funciona por el acatamiento de la autoridad médica, por la “orden” del médico
- Dentro de las acciones de prevención únicamente funcionan la realización de análisis y pruebas diagnósticas
- La prevención se reduce a seguir los protocolos informatizados para cada factor de riesgo.

- Los profesionales realizan en general una buena valoración de las formas actuales de organización de las acciones preventivas, aunque se han expresado ciertos temores respecto del mantenimiento, en el contexto actual de crisis económica y recortes en el gasto, de las acciones de carácter más grupal y comunitario (en tanto que consumen más recursos)

Las acciones de prevención cardiovascular

- Los profesionales consideran, en muchos casos, que existe un valioso número de acciones relacionadas con la prevención y el fomento de la salud cardiovascular, movilizadas desde el Centro de Salud como ámbito privilegiado para su organización. El sustrato para la realización y transmisión a los pacientes de una buena lógica de prevención está ahí, pero enfrenta muchas veces problemas que lo dificultan.
- En concreto, se traen a colación dos problemas que se han repetido en las opiniones recogidas
- Por un lado, la altísima presión asistencial, que acaba actuando en contra tanto de la posibilidad de una buena prevención en Atención Primaria como del tiempo para realizar un diagnóstico correcto en Urgencias.
- Por el otro, la descoordinación que se da muchas veces entre recursos similares, o la ausencia de aprovechamiento de ciertos recursos (el ejemplo de la medicina de empresa) que pueden ser de una mayor ayuda a la hora de mejorar la salud cardiovascular de la población
- Los profesionales destacan repetidamente la necesidad de realizar campañas específicas en medios de comunicación, folletos, carteles etc, que atiendan a la especificidad de la salud cardiovascular femenina. Pero es igualmente preciso que estas campañas se vean acompañadas de los recursos materiales, personales y de tiempo necesarios. En caso contrario, resultarán fútiles y no llegarán a alcanzar los objetivos buscados. Es preciso, por tanto, trabajar al mismo tiempo tanto el plano de “lo cultural”, las dimensiones de imagen y visibilidad, como el plano de “lo material”, la dimensión de asignación y distribución de recursos.
- En lo que respecta a la valoración que hacen los profesionales sanitarios de la formación recibida, se efectúa una valoración muy positiva: los profesionales consideran que están bien formados, tanto

en lo que tiene que ver con la prevención más en general como en la actualización sobre las patologías cardiovasculares. Esto no es óbice para que se opine que es necesario mantener esa formación continuada.

- Por último, un aspecto destacable (en negativo) de las opiniones de los profesionales sobre las acciones a emprender es que, a pesar de que ponen mucho énfasis en la influencia del rol de cuidadora a la hora de señalar las problemáticas específicas de la mujer, las sugerencias que realizan no tienen apenas en cuenta posibles acciones enfocadas a la modificación de los modelos tradicionales de rol – acciones concretas respecto de la igualdad de género. Los profesionales médicos – en la medida de sus posibilidades, claro – podrían actuar como agentes promotores de esa igualdad y, en parte, como educadores de sus pacientes al respecto.

Sesgos de género en la atención a las enfermedades cardiovasculares

- Al decir de los entrevistados, persisten toda una serie de sesgos de género en la atención profesional a la enfermedad cardiovascular, provenientes de la persistencia de la imagen tradicional de las patologías del corazón como patologías masculinas. Sin embargo, la amplia conciencia existente entre los profesionales entrevistados de la persistencia de estos sesgos es en sí misma indicadora de las semillas del cambio: conocer, identificar y aceptar los propios prejuicios es el primer paso en un movimiento hacia el cambio. Así, aunque parece preciso continuar luchando contra la acción de estos sesgos en la actividad profesional, los signos de una apertura al cambio – en profesionales de ambos sexos, no únicamente entre las mujeres – permiten ofrecer un moderado optimismo al respecto.
- El aspecto que aparece con mayor urgencia y gravedad de la posible influencia de estos sesgos de género tiene que ver con el sesgo diagnóstico que en ocasiones se produce ante la presencia de un dolor de pecho según el sexo del paciente. Pero además, este posible error en el diagnóstico de cardiopatías femeninas puede verse

agravado por la manifestación sintomática diferencial que, a tenor de los últimos estudios cardiológicos, el infarto de miocardio tiene en la mujer. Este último dato no parece ser suficientemente conocido o difundido en el entorno sanitario, lo que aconseja diseñar algún tipo de acción que ayude a su mayor conocimiento.

XV.- PERSPECTIVA D.A.F.O. DESDE LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES INTERLOCUTORAS

DEBILIDADES

- La legitimación del discurso preventivo en tanto discurso bien valorado pero poco o nada efectivo dadas las actuales características del sistema sanitario centrado en una medicina de diagnóstico y terapéutica
- Noción fragmentada de la imagen del propio cuerpo femenino que tiende a sustentarse en genitalidad (biología identitaria femenina) y cerebro como gran centro gestor de emociones, sabidurías y procesos decisionales con los que se construye la identidad.
- Disciplinamiento de autocuidados centrado en la idea inquietante según la cual si el aparato ginecológico está bien, el sujeto mujer en su totalidad también lo está.
- Temor enquistado de dos tipos de enfermedades como gran horizonte de aprensiones:
 - Enfermedades de orden neurológico
 - Enfermedades de orden oncológico
- Desaprension mayoritaria hacia los riesgos cardiovasculares que salvo casos espontáneos con alguna patología registrada, tienden a ser denegados por las mujeres interlocutoras que consideran, aún hoy,

que se trata de un tipo de riesgo más propio de los varones antes que de las mujeres

- Ausencia de un conocimiento acerca del termino cardiovascular, que lo consideran propio de la jerga técnica de los facultativos de la medicina, pero en ningún caso, un ámbito cuyo conocimiento e importancia resulte útil para ellas
- La idea, también generaliza entre estas mujeres adultas, según la cual, factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia etc., son enfermedades en sí mismas y no, factores de riesgo cardiovascular.
- Si los factores de riesgo son percibidos como enfermedades en sí mismas y en muchos casos, - paradigmáticamente la obesidad – como un padecimiento que atenta más contra el canon del deber ser mujer en su construcción cultural antes que hacia la salud, cuando se vislumbra algún riesgo estratégico, éste se concentra en lo cardiológico, ámbito sobre el que tienden a atemperarse los temores femeninos y que invisibiliza el complejo sistema de lo cardiovascular.

AMENAZAS

- El actual posicionamiento de la imagen de la medicina de España, de Europa y de occidente como una medicina que ha crecido exponencialmente en ciencia (sus profesionales) en técnica (sus aparatos para pruebas diagnóstico) y su industria farmacéutica (que aúna ciencia y técnica con profesionalidad probada)
- La idea generaliza entre las mujeres acerca de que lo central y lo hegemónico del termino cardiovascular, es lo cardiaco y que dicho ámbito es uno de los que más se han desarrollado dentro de los saberes específicos de la medicina por lo que goza de alta estima, excelente valoración y total confianza.
- La idea de que lo cardiopático es un riesgo mejor que el oncológico o el neurológico porque tiene gran capacitación técnico-científica ya desarrollada o que en su defecto más extremo, promueve una buena muerte y nunca una mala vida.
- La adjudicación que realizan estas mujeres de algunas enfermedades que tampoco saben describir pero cuyo nombre sí identifican como son embolia, ictus, aterosclerosis, etc. Que las consideran del ámbito neurológico y en ningún caso cardiovascular.
- La noción también generalizada, según la cual, la menopausia acaba cuando se terminan los síntomas de orden ginecológico.
- El hecho constatado de que la casi totalidad de las mujeres interlocutoras, salvo las que han tenido que someterse a alguna intervención quirúrgica – ninguna había sido controlada cardiológicamente
- La ausencia de una sensibilización por parte de los profesionales de las especialidades que más frecuentan las mujeres adultas (ginecología, medicina interna, ...) en la que establezca una deriva de control y seguimiento de lo cardiovascular, lo que termina legitimando la imagen de que dicho ámbito no es de riesgo femenino.

FORTALEZAS

- La excelente valoración que existe sobre el sistema sanitario público de España (y de Madrid).
- La buena imagen del conjunto de los profesionales (cuerpo de enfermería y cuerpo de médicos de la comunidad de Madrid)
- El ya desarrollado hábito de control médico que se ha instaurado en el conjunto de las mujeres adultas de la CM, incluidas las mujeres inmigrantes
- La notable sensibilización que existe ante cualquier propuesta de políticas o planes preventivos en salud
- La noción generalizada según la cual son concientes que la vida actual de las mujeres en España es tanto o más fatigosa que la de los varones no solo en la esfera de lo físico sino también en lo emocional.
- La conciencia de que es necesario aprender más sobre sus propios cuerpos, los riesgos a los que están expuestas, la importancia de las prácticas y hábitos saludables para traspasar la frivolidad de la construcción de la identidad femenina y la importancia del autocuidado como parte de su mismo rol mediador, cuidador de los otros y centro nutricional de los hogares.

OPORTUNIDADES

- Desarrollar una estrategia de sensibilización, conocimiento, información y empoderamiento femenino en relación a los riesgos cardiovasculares a corto, medio y largo plazo para sensibilizar al conjunto de la población acerca del riesgo cardiovascular entre las mujeres y la importancia de desarrollar hábitos preventivos, aún frente a la fortaleza del actual sistema sanitario español
- Proponer una estrategia didáctica de explicitación del término, que les es desconocido y sobre todo, situar la variedad y la vinculación de áreas que conforman dicha sistémica.
- Romper la actual fragmentación del cuerpo femenino, cuyos ejes se sitúan en lo ginecológico y en lo neurológico como grandes epicentros de sus preocupaciones sin llegar a identificar con claridad los verdaderos riesgos existentes ni la unidad y vinculación que implica el cuerpo humano en general y el cuerpo femenino en particular.
- Vincular a todas las especialidades médicas tras este cometido, pero especialmente al área de ginecología que siendo la más importante, dada la alta frecuencia de consulta que alcanza entre las mujeres de la cm es la que ostenta el más alto predicamento, y que, es evidente a todas luces, se haya ausente y lejana de la prescripción sobre los riesgos de tipo cardiovascular entre las mujeres.
- Involucrar a los medios de comunicación de masas, tanto a los generalistas (tv, radio, etc.) Pero también a los específicos (revistas femeninas, líderes de opinión, prensa del corazón, instituciones, asociaciones de mujeres etc.) En la labora de promover la prevención del riesgo cardiovascular en el ámbito mas abierto e inespecífico pero que logra gran ascendente sobre el conjunto de mujeres.
- Proponer un horizonte estratégico en el cual la conciencia acerca del riesgo cardiovascular logre una sensibilización acorde a una cultura más propia del siglo XXI de las mujeres que están en proceso de envejecimiento para lo cual es necesario el conocimiento trivial sobre

el tema pero que no se constituya como un eje de nuevos temores sino de propuestas preventivas guiadas y acompañadas

- Desarrollar una política de sensibilización específica entre las mujeres pre menopáusicas que están tan desinformadas como las postmenopáusicas. Romper la lógica mítica según la cual los que tienen riesgo cardiovascular son los varones y situar la adversa igualdad de género en estos aspectos.
- Promover trabajo interáreas de medicina específica en la que se trabaje con nuevos protocolos de atención a las mujeres tras la importancia de la prevención cardiovascular.
- Comprometer en nuevas líneas de construcción de la perspectiva de género a los profesionales de la salud, lo que implica una vinculación más correcta en la que incorporar dicha perspectiva.

XVI.- D.A.F.O. DE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES DE 45-65 AÑOS

DEBILIDADES

- Sobrecarga asistencial que conduce a la falta de tiempo de los profesionales para la correcta labor de fomento de la salud y prevención
- Insuficiente coordinación con recursos externos
- Persistencia de ciertos mitos negativos respecto de la prevención, que resulta necesario contra-argumentar
- Falta de campañas de sensibilización respecto de las patologías cardiovasculares enfocadas específicamente a la población femenina
- Ciertos grupos dentro del colectivo femenino en su conjunto con un mayor riesgo cardiovascular: grandes cuidadoras, amas de casa, mujeres de escasos recursos económicos y culturales, colectivos inmigrantes (en particular, mujeres árabes)
- Con la excepción de la menopausia, escaso conocimiento de los posibles factores biológicos de riesgo cardiovascular femeninos
- La imagen masculina de la enfermedad cardiovascular, que aún continúa rigiendo entre muchos profesionales

- No reconocimiento de los síntomas de un episodio cardiovascular en las mujeres, al confundirlos con otras posibles sintomatologías (ansiedad, etc.)
- Apoyo excesivo en los protocolos informatizados en consulta por parte de algunos facultativos, que no logra construir una buena relación terapéutica entre médico y paciente

AMENAZAS

- Desatender toda labor preventiva al estar saturados por la presión asistencial
- Abandono, por falta de recursos, de las acciones preventivas de carácter grupal y/o comunitario
- Extensión de un desánimo respecto al futuro de las acciones preventivas entre los profesionales de la salud, dado el horizonte crítico actual
- Tecnificación excesiva de la salud y recurso prioritario hacia medicamentos y pruebas diagnósticas, en lugar de mejorar la prevención y los hábitos saludables
- Baja receptividad de los profesionales hacia la enfermedad cardiovascular entre las mujeres, y débil reconocimiento de sus síntomas
- Obviar las posibles peculiaridades biológicas femeninas, quedándose únicamente en una perspectiva cultural del género que acabe por constituir la fisiología masculina como modelo único e incuestionado, invisibilizando por tanto el cuerpo femenino

FORTALEZAS

- Gran convencimiento de la utilidad de la prevención
- Buena formación y capacitación profesional, actualización constante
- La coordinación entre médico/a y enfermera como herramienta útil y muy bien valorada para el trabajo preventivo
- Existencia de toda una serie de recursos que, estando infrautilizados o descoordinados, pueden servir para organizar una mejor labor preventiva global
- Integración de la perspectiva de género y atención despierta de los profesionales de atención primaria hacia las situaciones peculiares de salud de las mujeres 45-65 años

OPORTUNIDADES

- Elaborar un contra-argumentario que cuestione los “mitos negativos de la prevención” o la serie de argumentos que debilita el compromiso de los profesionales con las acciones preventivas
- Continuar dando a conocer la perspectiva de género entre los profesionales y estudiar las posibles intervenciones desde ap para modificar la distribución de roles de género – en particular en relación con el rol de cuidadora atribuido a las mujeres, clara fuente de problemas de salud para la población femenina de mayor edad
- Continuar fomentando las acciones preventivas de carácter grupal (talleres, cursos, etc.) Y comunitario (convenios con polideportivos, jornadas...), dado el mayor grado de eficacia que parecen mostrar al añadirse a la prevención individual en consulta
- Mejorar la coordinación entre los recursos, buscando que las tareas preventivas llevadas a cabo desde atención primaria se integren con otras acciones realizadas tanto desde el ámbito sanitario (especialidades médicas, centros Madrid salud, medicina de empresa...) como desde otros ámbitos (instituciones deportivas, medios de comunicación, etc.)
- Dar a conocer a los profesionales de atención primaria las investigaciones cardiológicas más recientes sobre una posible sintomatología peculiar de las mujeres en el caso de un evento cardíaco
- Centrar el esfuerzo preventivo en los perfiles femeninos que mayor riesgo de salud cardiovascular muestran, según lo que expresan los profesionales entrevistados: amas de casa, grandes cuidadoras, sectores con menores recursos económicos y socioculturales, sectores de origen inmigrante.