

La Cardiopatía Isquémica y la situación actual del enfoque de género en esta problemática de salud

Ischemic heart disease and the gender approach current situation in this health problem

Teresa Rodríguez Rodríguez

Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima

RESUMEN

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y especialmente la cardiopatía isquémica exigen la multidisciplinariedad en interdisciplinariedad para su adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación. El enfoque de género se impone como necesidad en el abordaje de estos padecimientos. Se ha realizado una revisión sobre el estado del arte de la Cardiopatía Isquémica y factores de riesgo modificables en diferentes fuentes bibliográficas para precisar en qué medida se tiene en cuenta en los momentos actuales el enfoque de género en el estudio de los pacientes portadores de estos padecimientos. Los resultados encontrados son que no abundan estudios sobre CI donde el enfoque de género esté presente y muchas veces se maneja indistintamente género y sexo. Se concluye que por su importancia en la prevención, diagnóstico y rehabilitación de los padecimientos coronarios isquémicos o riesgos para padecerlos debe ser incorporados lo antes posible a las políticas de salud el enfoque de género, y al quehacer de cada ciencia en particular que se relacione con esta problemática.

Palabras clave: Cardiopatía Isquémica, Enfoque de género, sexo, Rehabilitación cardiovascular.

ABSTRACT

Cardiovascular Diseases (CVD) and especially ischemic heart disease require multi-and-interdisciplinary approach for proper diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation. The gender approach is imposed as a necessity to these conditions perspective. A review was made on the state of the art of Ischemic Heart Disease and modifiable risk factors in different bibliographic sources in order to specify to what extent the gender approach is currently taken into account in the study of patients carrying these sufferings. Results: There are not many studies on IC where the gender approach is present and gender and sex are often used handled indiscriminately. It is concluded due to its importance in the prevention, diagnosis and rehabilitation of coronary ischemic diseases or at risk, the gender approach must be incorporated as soon as possible to health politicians and to the task of each particular science that is related to this problem.

Key words: Ischemic heart disease, gender focus, sex, cardiovascular rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y especialmente la Cardiopatía Isquémica (CI) exigen la multidisciplinariedad en interdisciplinariedad para su adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación.

Quedó demostrada su multicausalidad hace más de 60 años, cuando científicos estadounidenses preocupados por el ascenso vertiginoso de padecimientos cardiacos desarrollan el Framingham Heart Study (FHS).¹ A partir de entonces se le dio una connotación diferente al comportamiento de la cardiopatía isquémica en los hombres y las mujeres con respecto a la incidencia y la letalidad.

Hace un siglo solo el 10% de las muertes se debían a una causa cardiovascular. Hoy 100 años más tarde estas constituyen la primera causa de muerte en varios países del mundo desarrollado y en vías de desarrollo. En el 2020 serán la causa de 25 millones de muertes anuales y la enfermedad coronaria superará a las enfermedades infecciosas como causa fundamental de mortalidad y de discapacidad.²

En tanto las evidencias, los esfuerzos terapéuticos, las acciones educativas y preventivas sigan buscando las mejores alternativas para frenar estas cifras alarmantes y desgarradoras de los padecimientos coronarios, el discurso y la acción también deben contemplar el *enfoque de género* como una variable importante en cada acción encaminada a disminuir la morbimortalidad por esta causa.

Ello hace que la Psicocardiología como rama de la Psicología de la Salud, proyecte su mirada a tan actual análisis, incluso un nuevo concepto sobre Psicocardiología dado por la doctora Teresa Rodríguez, incluye dentro del mismo el *enfoque de género* como arista imprescindible en el quehacer de las ciencias psicológicas en el ámbito de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV).³

La contemplación del género en la forma de enfermar es cada vez más una necesidad de las políticas de salud, al existir riesgos diferentes para cada sexo, diferentes formas de enfermar y morir por causas prevenibles que definen perfiles epidemiológicos específicos (epidemiología de las diferencias), diferentes formas de acceder y controlar los recursos, de organizar y gerenciar los servicios de salud, de identificar y priorizar los problemas esenciales y de formular políticas y dictar normativas a partir de la identificación de las necesidades de salud de la población.

Ello constituye el primer paso para la planificación de políticas sanitarias.⁴

La perspectiva de género se basa en la teoría de género, en las características específicas que definen a los hombres y a las mujeres como sujetos históricos contruidos socialmente, desde el paradigma histórico crítico y desde el paradigma cultural del feminismo. Esta perspectiva de análisis presenta una comprensión con visión crítica, alternativa, científica, explicativa de lo que acontece en las relaciones de los géneros, sus expectativas, sentidos personales, propósitos y conflictos, entre otras.⁵

El *género* es una construcción ideológica que puede definirse por el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, que los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en símbolos, estereotipos, desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera. Este concepto transita por tres dimensiones importantes:

1. Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
2. Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
3. Rol de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

Por tales razones se enfatiza que el género como categoría instrumental, debe ser utilizado como herramienta en el dictamen de políticas y en el hacer del derecho.⁵

Para ello, tanto los “sujetos” que hacen las políticas y las ejecutan, así como aquellos y aquellas que son “objeto” de las mismas, tienen que de-construir y construir sobre nuevas bases la representación real de la desigualdad que entrañan las asignaciones culturales que diferencian el accionar social de hombres y mujeres, para ello es necesario mantener una transversalidad dialogante con todos los involucrados en el proceso.⁶

El análisis de género es un proceso teórico-práctico que permite analizar diferencialmente los papeles, los derechos, los deberes, el acceso, el uso y el control sobre los recursos, los problemas, las necesidades y las oportunidades de cada sexo. Este análisis no debe limitarse al papel de la mujer en la sociedad, sino que implica necesariamente estudiar formas de organización y funcionamiento de la sociedad, basada

en relaciones sociales dadas en los sexos. La justicia/ injusticia y la equidad/inequidad no son genéticos, sino un producto social.⁵

Las relaciones asimétricas de poder implican dominio, opresión y conflicto, las mismas que establecen jerarquías que se asientan en las distintas valoraciones que se otorgan a las personas en razón de sus características de clase, etnia y de género. Esta sociabilización diferencial, que promueve una masculinidad dominante y una femineidad subordinada, tiene sus efectos en la vida de hombres y mujeres, no quedando exenta la salud.

Los roles de género son las actividades asignadas a las personas sobre la base de características socialmente determinadas como ideologías, valores, estereotipos, creencias y prácticas. Estos roles se establecen mediante influencias de la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el folklore, la tradición, la cultura, los medios masivos de comunicación, las políticas, los grupos de homólogos y el lugar de trabajo.

A través del desarrollo histórico de la humanidad estos patrones han sufrido modificaciones y en la actualidad se vislumbra un resquebrajamiento de los estereotipos feministas y machistas, que da paso a nuevas asignaciones en los enfoques de género.⁵

Es objetivo de este artículo es hacer énfasis en el análisis de la categoría género en el campo de las enfermedades cardiovasculares, e incentivar el pensamiento científico a la búsqueda de enfoques en las políticas sanitarias y asistenciales que lo contemplen no solo en el discurso sino en acciones concretas que vayan desde la labor preventiva hasta la rehabilitación de padecimientos coronarios isquémicos.

Sexo, Género y Cardiopatía Isquémica

En reportes de investigación es frecuente encontrar análisis que se refieren a sexo y género de manera confusa, cuando realmente hay diferencias sustanciales en la conducta, la fisiología y la individualidad de personas de uno y otro sexo. En cuanto a enfermedades cardiovasculares, diferencias hormonales que por ende tienen impacto en la expresión y función génica en los cromosomas sexuales, dan como resultado ciertas variaciones respecto a la prevalencia y presentación de condiciones cardiovasculares, incluyendo aquellas asociadas con regulación autonómica, hipertensión, diabetes, remodelación vascular y cardiaca,⁷ pero la perspectiva de género incluye no solo lo que somos, sino lo que hacemos y pensamos por una identidad de género que no siempre coincide con el sexo asignado por la naturaleza.

Entonces empiezan a discurrir de manera inevitable los patrones, las necesidades, motivos, valores, rasgos, actitudes, normas, sentimientos, valoraciones entre otras de manera individualizada y se van conformando perfiles muy particulares en hombres y mujeres permeados por la cultura, el momento histórico, por el influjo del macro y del micro medio finalizando todo en la conformación de la Personalidad, donde las unidades psicológicas primarias son unidades de integración entre lo cognitivo y lo afectivo que se caracterizan por su estabilidad y por su acción reguladora inmediata sobre el comportamiento de los seres humanos.

La personalidad constituye una subjetivación de la realidad en forma de sentidos psicológicos los cuales, son una configuración del espacio subjetivo donde se construyen progresivamente sentidos de modos diferenciados. Es el nivel superior y más complejo de la regulación psicológica.⁸

Por tanto, lo que hace un ser humano, lo que traduce en su conducta, no viene dado por el sexo sino por su género de pertenencia. El sexo, por una parte, involucra una diferencia biológica. El género por otra parte, implica una diferencia cultural.

El sexo es una de las características del ser humano que contribuye a particularizar tanto los procesos fisiológicos como los patológicos, sin desdeñar los aspectos relacionados con el entorno sociocultural y psicológico (el género) en la génesis de las enfermedades. No queda exenta de este análisis la Cardiopatía Isquémica. Sin embargo, las guías de actuación no contemplan estas diferencias.

Existen diferencias biológicas muy claras entre ambos **sexos**, en la mayoría de las enfermedades cardiovasculares desde numerosos puntos de vista: epidemiológico, patofisiológico, presentación clínica, respuesta al tratamiento y evolución.

Es indudable que la presentación y evolución de estas enfermedades es diferente en ambos sexos. Esta situación ha llevado a que la Unión Europea en su programa de investigación Horizonte 2020 incluya al género como un requisito en las propuestas que se envíen en respuesta a los diferentes llamados.⁹

Según Carissa F. Etienne (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana/ Organización Panamericana de la Salud) en el mundo se han registrado avances en muchas esferas, concernientes a la mujer, y la salud no es la excepción. Sin embargo, considera que la transición

epidemiológica ha sido lenta y compleja. Los avances no han sido parejos en muchos temas que afectan la salud de la mujer y ejemplifica lo relacionado con la enfermedad cardiovascular.¹⁰

Propone elaborar conjuntamente una nueva agenda de salud de la mujer para la Región de las Américas. La iniciativa busca establecer una correspondencia entre las necesidades de salud y las políticas-conectando una situación epidemiológica en transición que presenta desafíos tanto viejos como nuevos con los marcos jurídicos, técnicos y presupuestarios- a fin de lograr una atención integral adecuada de los problemas de salud que más afectan a la mujer.

Más, los hombres no deben quedar al margen de este análisis, dicho de otra forma, las definiciones culturales de “masculinidad” y “feminidad” se contemplan como construcciones históricamente emergentes y estructuralmente dinámicas; a través de las cuales, los individuos y grupos interpretan activamente, comprometen y generan sus comportamientos y relaciones cotidianas.¹¹

Los padecimientos isquémicos coronarios ilustran las diferencias biológicas y las desigualdades sociales en el proceso salud-enfermedad. Las diferencias de sexo y género son importantes para el diagnóstico y tratamiento de la ECV. Los expertos, así como las instituciones y las sociedades la Unión Europea y los Estados Unidos han pedido una mayor información de los resultados específicos de género en dichos padecimientos.¹²

Existen evidencias científicas que afirman que la mujer enferma más tardíamente que el hombre de CI. Los mecanismos fisiopatológicos y neurohormonales varían con respecto al hombre lo cual ha dado lugar a pensar que los estrógenos juegan un papel cardioprotector. Sin embargo, los factores de riesgo asociados como obesidad, diabetes, dislipidemias, tabaquismo y sedentarismo están en aumento exponencial, y actualmente, los cambios en el estilo de vida están aumentando la presencia de enfermedad isquémica en la mujer joven.⁹

También se plantea que la mujer fallece más cuando presenta un Síndrome Coronario Agudo (SCA) y se beneficia igual que el hombre de la angioplastia, aunque presenta más complicaciones peri-procedimiento invasivo y más hemorragias después de la intervención que se asocian con un incremento en la morbi-mortalidad precoz.⁹

El estudio sueco (SCAAR) mostró en pacientes con angina de pecho estable un 80% de ausencia de lesiones

coronarias visibles en las mujeres versus un 40% de los hombres.⁹

Se calcula que el 8% de los SCA de la mujer se asocian con el Síndrome de Takotsubo.¹³ A diferencia del 1% en los hombres, la mujer joven presenta más frecuentemente angina de pecho con arterias angiográficamente normales y se considera que el espasmo o la disfunción endotelial es más frecuente que en los varones.⁹

Dentro de los factores de riesgo (FR) modificables para padecer de una cardiopatía-isquémica están los emocionales (ansiedad, depresión, estrés, ira-hostilidad) y los factores de riesgo que se vinculan a la conducta, tales como el tabaquismo, hábitos dietéticos y factores de riesgo propiamente dichos o tradicionales (influenciados por la conducta), como son el colesterol elevado, colesterol LDL elevado, diabetes mellitus (DM), colesterol HDL reducido, hiperglucemia, hipertensión arterial (HTA), triglicéridos elevados, síndrome X, obesidad.¹⁴

Dicho de forma general la depresión es un elemento de la emocionalidad para tener muy en cuenta en el abordaje integral de las ECV. La depresión es frecuente en pacientes con ECV¹⁵. Además puede preceder a la enfermedad coronaria, y es un factor pronóstico del primer infarto de miocardio (IMA) y de la muerte cardíaca en individuos sanos.^{16,17,3} Se asocia con varias alteraciones fisiológicas que podrían contribuir a problemas cardíacos, tales como aumento del tono simpático, hipercortisolemia, aumento de las catecolaminas, activación anormal de las plaquetas y disfunción endotelial.¹⁸

Sin embargo, se hace muy necesario y perentorio establecer la diferenciación entre su manifestación y fuerza en personas con diferente identidad de género.

Así desde el punto de vista epidemiológico la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno dos veces más alto que los hombres.¹⁹

Sin embargo, no hay evidencias de atención diferenciada acorde al género en los programas de prevención y rehabilitación establecidos en diferentes países.

La depresión y diferentes formas de estrés es más prevalente en la mujer sobre todo joven.⁹ Guedes y Rodríguez constataron en un estudio hecho con pacientes portadores con CI hospitalizados que las mujeres tuvieron niveles de ansiedad y depresión más elevados, las causas fundamentales fueron sobrecarga doméstica, escasa valoración por parte de los miembros de su

familia, desempeño simultáneo de los roles productivo y reproductivo, responsabilidad de atender a todos los miembros de la familia y de ocuparse de todos los quehaceres domésticos y poco tiempo disponible para la realización de actividades.³

Otros estudios consideran al género como uno de los moderadores de la vivencia de estrés, debido a los roles y estereotipos asociados y a las expectativas de comportamiento en hombres y mujeres, considerando que la mayor fuente de estresores se da en el ámbito doméstico y en la multiplicidad de roles asumidos por la mujer.²⁰

La ira-hostilidad está considerada la emoción más impactante en la aparición de la CI, en tanto la expresión emocional de manera interna o externa repercute de forma directa sobre mecanismos fisiológicos complejos. Tiene un efecto agudo que induce la activación del sistema simpático con liberación de hormonas conocidas como catecolaminas (hormonas de estrés). Estas hormonas tienen una repercusión clara sobre el sistema cardiovascular, ya que producen un aumento en la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, así como vasoconstricción o estrechamiento de los vasos arteriales incluidos los coronarios y liberación de factores favorecedores de formación de trombos, resultando lo anterior en isquemia miocárdica.²¹

Investigadores de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), concluyen que la ira mal controlada, por reprimirla en exceso (ira interiorizada o ira-in) o por no saber canalizarla ni expresarla adecuadamente (ira exteriorizada o ira-out), sino de forma descontrolada, tiene un impacto negativo en la salud cardiovascular de las féminas en momentos puntuales. Las mujeres con predominio de ira interiorizada presentaron cifras más elevadas de tensión arterial tanto sistólica como diastólica.²²

Un reporte de investigación realizado en Cuba compara la expresión de la ira hostilidad como rasgo personalógico en personas portadoras de CI de ambos sexos según su identidad de género. Los resultados avalan que la ira predominó en hombres, encontrándose como causas fundamentales la poca receptividad ante la crítica en el colectivo laboral, desempeño simultáneo del rol productivo y de gestión comunitaria, considerándose ser más fuertes y agresivos.³

La ansiedad es otra modalidad de la respuesta emocional que se expresa en los sistemas de respuestas cognitivas, fisiológico y conductual que también está relacionada

con trastornos cardiacos, y que llega a precipitar con frecuencia episodios isquémicos. Tras un evento coronario la ansiedad incrementa el riesgo de sucesos isquémicos y de arritmias¹⁵.

Guedes y Rodríguez al evaluar la ansiedad en pacientes con CI encontraron que en el mayor porcentaje se ubicaron las mujeres con un 83.3%, antes que los hombres con un 42.1%. Guardan relación estas cifras con predominio de insatisfacción ante la vida en las mujeres con respecto a los hombres, cuyas causa se corresponde con problemas con los hijos, escasa valoración por parte de la familia, autoestima baja, sobrecarga doméstica y la asunción de roles pasivos y tolerantes.³

Por su parte Segura y colb. al valorar el estrés desde la perspectiva del género lo consideran como uno de los moderadores de la vivencia de estrés, debido a los roles y estereotipos asociados, a las expectativas de comportamiento en hombres y mujeres.²⁰ Similares son los resultados investigativos de la doctora Patricia Ares (Cuba) al considerar que hay factores sociales y psicológicos que hacen a la mujer más vulnerable ante la enfermedad. La mujer cubana es matricéntrica, no desde la cultura de la subordinación sino desde el empoderamiento, al transmitir el modelo de la "supermujer" que enfrenta los grandes cambios con "poder todo", definido como el síndrome de la supermujer, síndrome que define a las mujeres que se perciben y actúan como "imprescindibles" y multifuncionales.²³

Esto provoca muchas veces una gran sobrecarga en ellas, que se traduce en estrés y otras alteraciones emocionales, y que a su vez tiene una fuerte repercusión en el desequilibrio psíquico y fisiológico, en el abandono de normas de autocuidado, en el desapego al tratamiento indicado ante el padecimiento de alguna enfermedad y muchas veces interfiere en la búsqueda de atención para su salud.

El estrés mantenido provoca, por vía simpática, aumento de la frecuencia cardíaca, y con ello la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolamínico propio de la tensión emocional bloquea los procesos de oxigenación del corazón como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas que provoca, y hace más drástico el déficit irrigatorio,²⁴ trayendo consigo implicaciones desfavorables para la salud cardiovascular.

El tabaquismo es un factor de riesgo comportamental que aumenta considerablemente el riesgo de padecer una ECV sobre todo de Cardiopatía Isquémica y está considerado esta adicción como uno de los factores

que favorece la tórpida evolución de los cardiopatas, sobre todo cuando concomita con otros FR tales como la hipertensión arterial (TA) y la diabetes mellitus.¹⁴

Posiblemente el ascenso del consumo de derivados del tabaco en mujeres esté en relación con las campañas de publicidad de la industria tabacalera dirigida a las mujeres mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan, falsamente, el consumo de tabaco con conceptos de belleza, prestigio y libertad.

Más mujeres que hombres (63% frente a 46%) fuman cigarrillos «light» porque creen erróneamente que esto significa: «más seguro».²⁵

En todo el mundo, alrededor de un 40% de los hombres fuman, por comparación con un 9% de las mujeres. Aun así, la epidemia de consumo de tabaco por las mujeres va en aumento en algunos países y las consecuencias del cigarrillo sobre ellas son más devastadoras que en los hombres. Hay también una diferencia de motivaciones para iniciarse en el tabaquismo, entre ellas y ellos. Un gran porcentaje de las mujeres adolescentes que comienza a fumar lo hace pensando, muy erróneamente, que les ayudará a controlar su peso.²⁵

Además, una baja autoestima está también asociada con el tabaquismo en las muchachas. Estudios realizados en distintos países han concluido que las mujeres suelen tener más baja autoestima que los hombres. De hecho, en aproximadamente un 3% de los países, las niñas presentaban tasas más altas de consumo de tabaco para fumar que los niños.²⁵

Sin embargo, hay estudios que han constatado diferencias poco relevantes en cuanto al tabaquismo en personas portadoras de CI de diferentes sexos e identidad de género: hombres 57.9% frente a mujeres 50%.³

Fernández y colb. recientemente han reportado una importante relación entre las variables condicionamiento de género y hábito de fumar, donde a medida que aumentó la recarga de género aumentó el hábito de fumar y en las mujeres con mayores problemas económicos también fue más frecuente.²⁶

Otro factor de riesgo modificable -como: la obesidad- ha venido en ascenso desde 1975 a 2016 según reporta la OMS. Considera que a finales de este año, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos; el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. Se considera

como causas un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa, un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.²⁷

Los reportes científicos sobre género y obesidad son escasos; en muchos de los trabajos se habla en términos de sexo y no de género. Pero sí se conoce que diversos factores participan en su incremento: características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico).²⁸

Pudiera pensarse que las tendencias actuales de la moda para perder peso van involucrando a mujeres y hombres, pero cómo influye el enfoque de género en esta conducta, o cuánto hay de razones relacionadas con la salud y no solamente con la estética. Es frecuente encontrar el uso inadecuado de medicamentos y otros productos que si bien ayudan a la pérdida de peso traen consigo consecuencias muy perjudiciales a la salud.

Las ciencias de la conducta deben profundizar en esta problemática y en consecuencia establecer acciones favorecedoras para las personas y su bienestar en general, haciéndolo desde el análisis profundo que exige el estudio desde la perspectiva de género.

La hipertensión arterial y el nivel de lípidos en sangre es menos prevalente en la mujer premenopáusica situación que se invierte en los ancianos. La diabetes tiene peores efectos en la evolución de la mujer.⁹

Hay coincidencia en otras investigaciones al reportar que las desigualdades de género, entre otras, son las que ponen en desventaja a las mujeres para acceder a servicios de salud pública cuando padecen DM2; sin embargo, ellas tienden a un amplio conocimiento sobre la enfermedad, porque este saber es empleado para desarrollar su papel de cuidadoras o de servicio a los demás.²⁹

Fernández-Milán y colaboradores han estudiado la relación entre las condiciones socioeconómicas objetivas y subjetivas, además el condicionamiento de género con la hipertensión arterial y la diabetes. Concluyeron que dicha relación no fue significativa para ninguna de las variables estudiadas. Tampoco encontraron prácticamente variaciones entre las variables, circunferencia de cintura, índice de masa corporal, tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica con el condicionamiento de género. No existió asociación.²⁶

En un estudio publicado en la revista *Avances en Diabetología* de 2011 se concluye que a pesar de que hay diferentes resultados en salud entre hombres y mujeres con DM2, las desigualdades de género no están suficientemente explicadas en los artículos en los que hay diferencias significativas por sexo. Para profundizar en las causas de estas diferencias, sería necesario incluir en los estudios indicadores que incorporaran la perspectiva de género. También encontraron la presencia de tres o más factores de riesgo en el sexo femenino, animando a implementar intervenciones eficaces para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.³¹

Al igual que en otros factores de riesgo el sedentarismo, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las dislipidemias, se reportan pocos estudios que profundicen en la problemática del enfoque de género.

La perspectiva de género en el estudio de las ECV es un camino abierto para la ciencia cada vez más necesario en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de padecimientos isquémicos. Ello supone estudiar de forma sistemática la dimensión de la equidad en todas las medidas y políticas y tener en cuenta esos posibles efectos al definir las y aplicarlas.

La repercusión en materia de salud debe ser enfatizada y se debe prestar igual atención al impacto de esta dimensión para uno u otro sexo sin abandonar la perspectiva de género, tan necesaria para comprender fenómenos relacionados con la salud que no dependen de la genética, ni de la fisiología y sí de variables subjetivas muy vinculadas a la individualidad de cada persona.

Tajer y col consideran que es necesario incluir información sobre la construcción de las masculinidades y femineidades en la modernidad y su impacto en la salud coronaria referente a condiciones de vida y los modos de construcción subjetiva por género, para contar con herramientas que puedan sumarse a los conocimientos sobre las especificidades biológicas.³²

Los programas de Rehabilitación Cardiovascular (RC) y el enfoque de género

Los programas de rehabilitación cardiovascular deben enfatizar las acciones personalizadas en tanto, las características individuales y personalógicas deben pautar la intervención, se supone que sea una vía efectiva para incidir sobre el paciente y en la modificación de estilos de vida y modos de afrontamiento lo cual concuerda con la prevención secundaria de la enfermedad.

No queda el margen la mirada del enfoque de género en las acciones rehabilitatorias, que se inician desde el mismo momento en que debuta el padecimiento isquémico. Justamente en la fase I de la RC u fase Hospitalaria³³ deben identificarse aquellos aspectos psicológicos de interés para iniciar el proceso de modificación conductual, primero a nivel actitudinal y posteriormente en la Fase II y Fase III objetivada en el comportamiento. También se tendrán en cuenta limitaciones y accesibilidad a los recursos para centrar las orientaciones en aspectos medulares de cada paciente, sin sobrepasar las posibilidades reales de cada uno para lograr una adecuada adherencia terapéutica.

Este constructo resulta de utilidad para el análisis y comprensión de la condición masculina y femenina y su situación vital, toda vez que en todos los sujetos se produce una construcción de su subjetividad atendiendo a la significación social de su cuerpo sexuado, con las normas, patrones, deberes, derechos y lo permitido o prohibido según corresponda a unos o a otras.

Por lo cual, es imprescindible en toda intervención con pacientes con CI en fase de rehabilitación tener en cuenta, sus atributos, roles, valores, modelos de pensamientos, comportamientos y sentimientos, asumidos como propios de hombres y mujeres.

La readaptación a la nueva vida exige un proceso de modificación que involucra varias aristas de la vida del enfermo, es indispensable prepararlo para enfrentarla con las limitaciones propias de la enfermedad sin perder de vista la esencia misma de cada paciente desde su propia construcción como ser social, acciones que no se apartan de la identidad de género.

Todo lo anterior concuerda con la valoración de lo individual porque en este proceso rehabilitatorio es decisivo el paciente, siendo el factor clave en el mismo ha sido poco reconocido su rol, es necesario contar con él, incorporarlo para que asista de una manera activa y conciente a su propia recuperación potenciando el factor autocuidado o autoayuda.^{34,3}

Para la modificación de conductas no cardiosaludables es necesario el control voluntario y la toma de decisiones de quienes la poseen, en tanto la imposición y reiterada indicación médica que no despierte motivos con valor inductor motivacional que lleve al sujeto a buscar determinados objetos que satisfagan la necesidad para que impulse las modificaciones necesarias, solo provoca rechazo e inercia en tan necesarias transformaciones.^{35,3}

Al modo de conclusión se remarca buscar vías efectivas de intervención encaminadas a disminuir la morbimortalidad por CI, y parte de estas estrategias convergen con la mirada desde el enfoque de género para entender mejor los determinantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres, a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo e incorporan de manera muy particular conformando la identidad de género.

Todas esas acciones transitan por diferentes momentos del padecimiento, incluyendo la prevención en aquellos con riesgo de enfermar, además de ser aplicado al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en sus diferentes fases según pauta la OMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet*, 2014; 383: 999-1008. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613617523>
2. Durán VH. Detener el aumento de las enfermedades crónicas. La epidemia de todos. Perspectivas de Salud. *Rev elect de la OPS*. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ePersp001_article01.htm
3. Rodríguez T, Navarro JJ, González C. La Psicocardiología en el proceso salud-enfermedad: de la teoría a la práctica. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2013. p. 46-232, Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/libros-de-autores-cubanos/>
4. Artiles L. El enfoque de género y los indicadores de medición de inequidades. Conferencia dictada en la Reunión anual de terapeutas sexuales. La Habana, febrero 23-25, 2009.
5. López LM, Apolinaire JJ. Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. *Medisur* 2005; 3(2) Supl1: 39-81. Disponible en: www.medisur.sld.cu
6. Artiles L. Importancia de la conciencia para las políticas públicas en y los derechos ciudadanos. *Rev Cien Sociales* 2002; 3(97): 127-135. Disponible en: <https://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS97/09.pdf>
7. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Rev Colomb Cardiol* 2018; 8-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302498>
8. Fernández L. Pensando en la personalidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 230-249.
9. The EU Gen Med Cardiovascular Clinical Study Group. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *Eur Heart J* 2016; 37:24-34. Disponible en: <http://www.cardiomaster.net/el-genero-como-determinante-de-diferencias-en-las-enfermedades-cardiovasculares/>
10. Etienne CF. Una nueva agenda de salud de la mujer en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37: 4-5. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400001
11. Sabo D. Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Publicación Ocasional No. 4. Harvard Center for Population and Development Studies 2000. OMS. Disponible en: ris.paho.org/xmlui/handle/123456789/804
12. The EU Gen Med. Gender in Cardiovascular Diseases: Impact on Clinical Manifestations, Management, and Outcomes. *Eur Heart J* 2015; 3:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2015/11/19/23/53/gender-in-cardiovascular-diseases>
13. Navarro F. Tako-tsubo. *Rev Españ Cardiol* 2017; 70(6): 417. Disponible en www.revespcardiol.org/es/tako-tsubo/articulo/90461029/
14. Guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(10): 69-81. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/una-nueva-definicion-mundial-del/articulo/13082533/>
15. Esquivel MR, Garzona A, Sauma A. Depresión post-infarto agudo de miocardio: implicaciones en el manejo y la mortalidad. *Rev Cúpula* 2015; 29: 23-31. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v29n1/art04.pdf>
16. Lichtman J, Froelicher E, Wulsin L. Depresión en pacientes con síndromes coronarios agudos. *Amer Heart Jour* 2014; 129: 1350-1369. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004
17. Molina DI, Arbony J, Esparza AS, Botero AM. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol* 2016; 23(3): 242-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332016000300015&script=sci_abstract&tlng=es
18. Moretti R, Bernobich E, Expósito F. Depression in vascular pathologies: the neurologist's point of view. *Vasc Health Risk Manag* 2011; 7: 433-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21796258>

19. Harkness KL, Alavi N, Monroe SM, Slavich GM, Gotlib IH, Bagby RM. Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: the moderating effect of age. *J Abnorm Psychol.* 2010; 119, 4: 791-803. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20853920>
20. Segura RM, Pérez C. Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Rev Altern en Psicolog* 2016;25, 36: 105-138. Disponible en: www.alternativas.me/Impacto%20diferencial%20del%20estrés%20entre%20homb
21. Moyano I, Mujica P. Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares en población urbana chilena. *Rev Latin de Psicolog* 2011;43, 3, 443-453. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rupsi/article/view/766>
22. La ira eleva un 19% el riesgo de sufrir una cardiopatía. España: Editorial Jano; 2012. Disponible en: www.fundaciondelcorazon.com
23. Arés P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. En: Sarduy C, Alfonso A (comps.). *Género: Salud y Cotidianidad*, La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
24. Ahmadi N, Hajsadeghi F, Ebrahimi R. Estrés postraumático, aterosclerosis coronaria y mortalidad. *American Journal of Cardiol* 2011; 108: 29-33. Disponible en: www.intramed.net/74579
25. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo y género, según la OMS. 2010. Disponible en: <http://www.vitadelia.com/taquismo-y-genero-segun-la-oms-1era-parte/>
26. Fernández-Milán A, Navarro-Despaigne D, Bacallao-Gallestey J. Condicionamiento de género y condición socioeconómica: su asociación con algunos factores de riesgo ateroscleróticos. *Rev Finlay.* 2018; 8(1): 26-35. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/596>
27. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso*. Washington, D.C.: OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
28. Cruz M, Tuñón E, Villaseñor M, Álvarez GC, Nielsen RB. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Rev Región y Sociedad* 2013, 25: 57: 166. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid...39252013000200006
29. Compeán LG, Gallegos E. Función cognitiva y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. *Revista Digital Univ Auton de Tabasco.* 2008;3: 17-22. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405.
30. Trujillo LE, Nazar A, Zapata E, Estrada E. Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. *Rev Papeles de Población* 2008; 14(58): 27-31. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid...74252008000400012
31. Sandína M, Espelt A, Escolar A, Arriolad L, Larrañaga I. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. *Rev Avances en Diabetolog* 2011; 27(3): [aprox. 11 p.] Disponible en: [ww.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-desigualdades-genero-diabetes-mellitus-tipo-S1134323011700138](http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-desigualdades-genero-diabetes-mellitus-tipo-S1134323011700138).
32. Tajer D, Charask A. Género y enfermedad cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* 2013; 81(4): 295-296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2908>
www.scielo.org.ar/pdf/rac/v81n4/v81n4a01.pdf
33. Rivas E, Barrera JD, Sixto S, Rodríguez LM, García K. Programa cubano de rehabilitación cardíaca. Resultados. *Rev Cub Rehabilitación* 2013;47(4): 238-244. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712013000844>
34. Rodríguez T. Contribución al desarrollo de la Psicocardiología en Cuba, como rama de la Psicología de la Salud. *Revista Finlay* 2016;6, 3: 22-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300005
35. Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay* 2013;2 (3): 158-168. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132>