

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

Volumen 7 • No. 1

Enero - Abril 2009



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

Presentación

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México

Aurora del Río Zolezzi

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Irma Blas Rodríguez

La epidemia de obesidad y las mujeres

Deyanira González de León, Miriam Bertran,
Addis Abeba Salinas, Pilar Torre,
Fernando Mora, Sara Elena Pérez-Gil

Para Compartir Mujeres y Adicciones: un enfoque de género

Norma Angélica Gómez Ríos

Comentarios: Tania Peña y Edna Cortés

Para Descifrar

NotiGénero



Vivir Mejor

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

BOLETÍN • GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

SECRETARIO DE SALUD

José Ángel Córdova Villalobos

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mauricio Hernández Ávila

SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Maki Esther Domínguez Ortiz

CONSEJO DIRECTIVO

Patricia Uribe Zúñiga

Gabriela Villarreal Levy

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Luis Botello Longi

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Javier Idrovo Velandia

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Cecilia Robledo Vera

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Rafaela Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Robledo Vera

Diseño gráfico y editorial:

arte i diseño, Don Juan 73-7, Col. Nativitas, C.P. 03500, México, D.F.

Impresión offset:

Ediciones Corunda, S.A. de C.V., Tlaxcala 17, Col. Barrio San Francisco, C.P. 10500, México, D.F.

Este número se terminó de imprimir el 29 de junio de 2009.

El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

SEP-INDAUTOR

ISSN 1870 – 51 46

DIRECCIÓN DE RESERVA DE DERECHOS

Licitud de Título: En trámite, con el folio

04-2006-062612483500-01

Comentarios y correspondencia:

crobledov@salud.gob.mx

Homero 213, 3er piso

Colonia Chapultepec Morales

11570, México, D.F.

Tel: 01 (55) 52 63 91 00, extensión 3078

Consulta en línea:

<http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx>

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud. Indizada en la base de datos Periódica, del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex –Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal–. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores.

Presentación

En el año anterior, en el marco de la celebración del 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, la Oficina de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó al concurso “Buenas Prácticas que incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud” al que postularon 44 experiencias de 18 países, entre ellas la presentada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, que fue reconocida como una de las dos mejores prácticas en la región en el 2008 y que tenemos el gusto de presentarles en este número del boletín.

La experiencia que dio origen al reconocimiento se inició en 2005, sustentada en la necesidad de abordar con visión de género la prevención y el control de la diabetes en México, ya que esta enfermedad está generando cada vez más demanda de atención a la salud, además de que desde el año 2000 ha sido la primera causa de muerte de mujeres, y de hombres desde el año 2004. En esta experiencia se plantearon los objetivos de documentar inequidades de género asociadas a la mortalidad por diabetes en México; incorporar el enfoque de género en el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus, específicamente en el componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, a través de la elaboración de materiales impresos y audiovisuales de apoyo para el autocuidado de la salud; difundir y promover medidas de autocuidado de la salud a través de la actividad física, para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad en mujeres y en hombres.

Así, se produjeron folletos informativos acerca del sobrepeso, la obesidad y la utilidad de la actividad física, un video para promoverla, y se documentaron algunas inequidades en la calidad de la atención del servicio mediante un estudio de enfoque mixto; todo ello, aplicando la visión de género. Su desarrollo logró una gran sensibilización de las autoridades del programa de diabetes mellitus del Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica y el Control de Enfermedades (CENAVECE) para colaborar juntos en la producción y difusión de nuevos materiales y continuar trabajando de manera

conjunta en incorporar la perspectiva de género en nuevas acciones y estrategias. A los logros señalados se añaden los resultados de una investigación que reveló diferencias entre las mujeres y los hombres en el tiempo que demoran en buscar atención médica ante los primeros síntomas, así como en su percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Aunado a lo anterior, con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud del estado de Colima, a quienes agradecemos su colaboración, se realizó una evaluación cualitativa de los materiales diseñados con enfoque de género en comparación con materiales previos sin este enfoque, con lo que se documentaron varios beneficios y aportaciones de tener materiales diferentes para hombres y mujeres. Un aprendizaje fundamental para el CNEGSR y el CENAVECE fue que el trabajo colaborativo con las autoridades responsables de los programas de salud es fundamental para lograr igualdad de género.

El año pasado se publicó esta experiencia en la colección Mejores prácticas en género, etnia y salud de la OPS con el título: “Incorporación de la Perspectiva de Género en los Programas Prioritarios de Salud: El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México”. En este boletín, se reproduce íntegramente con la finalidad de darla a conocer al público lector del boletín y con la expectativa de que pueda ser de utilidad para su réplica y adaptación a otros contextos y programas de trabajo.

Más adelante, este número contiene el artículo “La epidemia de obesidad y las mujeres” donde Deyanira González de León, Miriam Bertran, Addis Abeba Salinas, Pilar Torre, Fernando Mora y Sara Elena Pérez-Gil abordan este tema con base en el análisis de encuestas realizadas en México y de una extensa bibliografía nacional e internacional; su enfoque lo sustentan sólidamente en la teoría de género. Se relaciona con el tema de la experiencia exitosa previamente presentada en tanto destaca información que muestra cómo la prevalencia de obesidad en las mujeres –en todos los grupos de edad y características sociales– supera a la de los hombres. Según

este colectivo de especialistas, esta situación se relaciona fundamentalmente con variables socioeconómicas y culturales, por lo que el problema a tratar deviene aún más complejo; sus argumentos plantean algunos elementos que explican la influencia del contexto socioeconómico y cultural en la mayor propensión de las mujeres a la obesidad, sin desconocer que la obesidad también es un problema masculino con sus especificidades; además señalan que a la más alta prevalencia y estigmatización en las mujeres, se agrega un efecto más pernicioso en aquéllas con mayores desventajas sociales.

Este artículo nos motiva a la reflexión y el análisis de los programas de salud con el fin de incorporar acciones que también consideren las características socioeconómicas que devienen en condiciones de posibilidad para que las personas, tanto mujeres como hombres, tomen medidas específicas y puedan realizar las acciones necesarias para cuidar su salud, combatir el sobrepeso y la obesidad, y prevenir así padecimientos y problemas en su bienestar y salud.

Además, en esta ocasión se incluye nuevamente el apartado Para Compartir, en donde Norma Angélica Gómez Ríos presenta su trabajo "Mujeres y Adicciones: Un enfoque de género", documento en el que analiza la experiencia del Centro de Orientación Telefónica –COT- (01800 911 2000), perteneciente al Consejo Nacional Contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, en relación con las llamadas recibidas en el COT por parte de mujeres, y el papel que ellas juegan al enfrentar a las adicciones de algún integrante de su familia o de alguien con quien tienen lazos de afecto.

La función de ese centro es escuchar telefónicamente a las personas que solicitan orientación sobre adicciones de diferentes tipos. Profesionales de Trabajo Social y de Psicología del centro atienden los casos desde la primera llamada hasta lograr la canalización de la persona usuaria a alguna institución que la pueda apoyar a la resolución de los problemas específicos.

La autora se apoya en el análisis de género para destacar las características que tradicionalmente se han asignado tanto al hombre como a la mujer y que implican desigualdades y jerarquías entre ambos. Desde ahí, analiza el discurso implícito en las llamadas que recibe el centro y resalta que son

numerosas aquellas en las que se percibe que la mujer realmente se involucra y participa para apoyar a sus hijos o hijas, a su esposo o hermano que vivan una adicción, mientras que la participación de los hombres es mínima. Asimismo explica que es común que las mujeres se sientan culpables de que alguien de su familia sea adicto/a, situación que la autora relaciona con la construcción social del "ser mujer", asumiendo estereotipos, desde la posición de madre, esposa, hija, hermana, novia o amiga; se distingue la responsabilidad sentida desde cualquier postura: servir a los demás en primer lugar, responder a las expectativas de los otros, ser la salvadora de otros que necesitan ser impulsados, sacrificarse por otros.

De acuerdo con la autora, resulta importante que las mujeres tengan un proyecto de vida que se relacione sólo con las necesidades de sí misma, como un elemento primordial para estimular que ellas apoyen de manera distinta a las personas adictas, sin tanto perjuicio para ellas. Aunado a esto, respecto de las mujeres que llaman al COT, propone, para abordar sus respuestas en el nivel individual, visualizar las posibilidades de estimularlas para que construyan redes familiares y sociales que les faciliten la atención de sus familiares o personas cercanas adictas; así, a nivel comunitario, también se pueden formar grupos de personas que pueden apoyarse en una visión social y autogestiva para responder de manera adecuada a la problemática.

Edna Cortés y Tania Peña comentan el artículo anterior, destacando sobre todo la necesidad de atender el creciente problema de adicciones en las mujeres.

Finalmente, en la sección Para Descifrar, la Dirección General de Información en Salud, muestra algunos datos relevantes en cuanto a los egresos hospitalarios y a la mortalidad de hombres y mujeres por diabetes mellitus y obesidad. Y, como siempre, en NotiGénero encontrarán la información básica sobre diferentes eventos relacionados con el género y la salud que seguramente serán de su interés.

Esperamos que la información publicada en este número aporte nuevas ideas, referencias y genere diversas reflexiones y debates para seguir avanzando en los análisis y propuestas hacia el logro de la igualdad de género en salud.

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez

Directora de Género y Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México

Aurora del Río Zolezzi*

Yuriria A. Rodríguez Martínez*

Cecilia Robledo Vera*

Irma Blas Rodríguez*



* Dirección General Adjunta de Equidad de Género.
Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva.

INTRODUCCIÓN

En México, la diabetes mellitus se ha mostrado como una enfermedad que genera más demanda de atención y por la que mueren más mujeres, siendo la primera causa de muerte de mujeres desde el año 2000, y de hombres desde el año 2004. La importancia de incorporar la perspectiva de género en las acciones para la prevención y el control de la diabetes mellitus llevó al Centro Nacional de Equidad de Género a desarrollar una experiencia, que en el año 2008 fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud, como una de las mejores prácticas de incorporación de la perspectiva de igualdad de género en programas de salud.

Con la finalidad de darlo a conocer en el público lector del boletín Género y Salud en Cifras, en este apartado se presenta el contenido de la publicación elaborada con el premio que la OPS otorgó al CNEGSR, y que sistematiza la experiencia. Ésta dio inicio en 2005 con los objetivos de documentar la existencia de inequidades de género asociadas a la mortalidad por diabetes en México; incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, específicamente en el componente de prevención de

la enfermedad y promoción de la salud; elaborar materiales impresos y audiovisuales de apoyo para el autocuidado de la salud, diseñados con perspectiva de género; difundir y promover medidas de autocuidado de la salud con perspectiva de género a través de la actividad física, para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad.

En sus logros se cuenta la elaboración de folletos informativos acerca del sobrepeso, la obesidad y la utilidad de la actividad física con enfoque de género, además de un video para promover la actividad física. Se logró documentar algunas inequidades de género en la calidad de la atención del servicio a través de un estudio de enfoque mixto. Además, se realizó una evaluación cualitativa de los materiales diseñados con enfoque de género en comparación con materiales sin este enfoque con lo que se documentó varios beneficios y aportaciones de tener materiales dirigidos específicamente a hombres y otros para mujeres. En esta experiencia aprendimos que es fundamental el trabajo colaborativo con las autoridades responsables de los programas de salud para lograr incorporar la perspectiva de igualdad de género en salud.

1. ¿POR QUÉ LO HICIMOS? ANTECEDENTES

Desde 2003 en la Secretaría de Salud de México se han realizado esfuerzos para lograr la desagregación por sexo de todos los registros estadísticos de salud; a partir de ello, se han evidenciado más claramente desigualdades en los niveles de salud entre mujeres y hombres. La diabetes mellitus (DM) se ha mostrado como una enfermedad que genera más demanda de atención y por la que mueren más mujeres.

En las acciones que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) ha emprendido desde su creación en 2003 se manifiesta permanentemente el interés por incorporar la perspectiva de género en los programas y acciones de salud, con el objetivo principal de caminar hacia una mejor salud para ambos sexos, considerando las desigualdades prevalecientes y aplicando un principio de equidad de género.

En ese sentido, la experiencia que ahora se presenta buscó concretar acciones específicas con equidad de género en la promoción de la salud y la prevención de la diabetes.

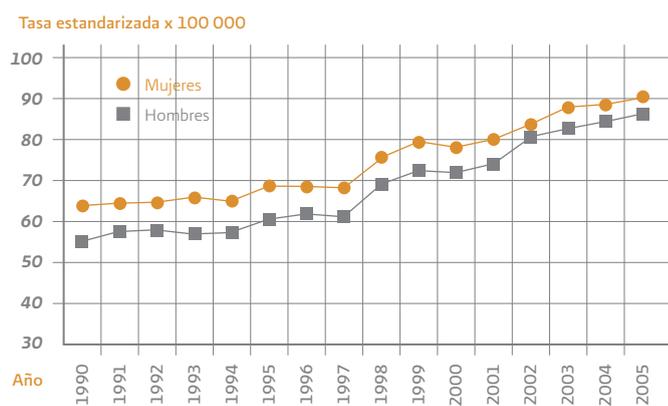
Desde el punto de vista conceptual, se partió de considerar tanto las diferencias de orden biológico entre mujeres y hombres que intervienen en la manifestación de la enfermedad, como las desigualdades de orden sociocultural –relacionadas con la construcción del ser mujeres y hombres, respectivamente– que determinan formas y grados de manifestación de la enfermedad, así como la toma de medidas preventivas, el acceso a los servicios de salud, la búsqueda de atención y el apego al tratamiento.

Las evidencias en el ámbito internacional sobre la agudización de la epidemia de diabetes mellitus han llevado a que

la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconozca como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.¹

En nuestro país ha tenido un repunte como causa de mortalidad, pasando de una tasa de 16.9 por 100 mil habitantes en 1970, ocupando el lugar número 15, a una tasa de 63 y tener el primer lugar en 2004¹, tanto para mujeres como para hombres (Gráfica 1). Ya en 2000 la DM fue la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres; actualmente es la primera causa de muerte de los mexicanos tanto hombres como mujeres.

GRÁFICA 1
MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, POR SEXO
México, 1990 - 2005



Fuente: SINAIS / SS.

Sin embargo, desde 2002 se detectaron diferencias de interés en el comportamiento epidemiológico del padecimiento entre hombres y mujeres. A pesar de que la prevalencia de diabetes mellitus detectada en las Encuestas Nacionales de Salud mediante pruebas de laboratorio no ha mostrado diferencias significativas entre hombres y mujeres (cerca a 10% entre adultos de 20 y más años de edad), las tasas específicas de mortalidad por sexo muestran diferencias importantes (+/- 20%) aun ajustando por edad.

Los principales factores de riesgo para la aparición de diabetes clínica son el sobrepeso y la obesidad, cuya distribución por sexo también muestra diferencias importantes de acuerdo con las Encuestas Nacionales de Salud, siendo más afectadas las mujeres.

Por otro lado, las Encuestas Nacionales de Salud realizadas con anterioridad en México han revelado que es mayor la proporción de mujeres identificadas como diabéticas mediante pruebas bioquímicas, que habían sido detectadas previamente en los servicios de salud y que se sabían diabéticas, en comparación con sus contrapartes de sexo masculino (Gráfica 2).

GRÁFICA 2
PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS POR DIAGNÓSTICO
PREVIO EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS Y MÁS,
POR GRUPOS DE EDAD, 2006²



Ese mayor índice de detección de casos en mujeres, sin embargo, no parece tener impacto en la letalidad del padecimiento. La hipótesis es que los roles y estereotipos de género pueden estar influyendo en este diferencial a través del apego al tratamiento y en particular a la dieta, así como en la oportunidad de la demanda de atención en caso de complicaciones; de hecho, en una investigación realizada en cinco hospitales generales pudimos detectar que las mujeres diabéticas tardan tres veces más tiempo en acudir a los servicios de salud que los varones. Por su parte, éstos tienen índices de detección bajos; no obstante, pareciera que una vez diagnosticados se mantienen en mejor control, lo que podría reforzar la hipótesis de que en las familias se prioriza el cuidado de la salud de los varones y de los menores de edad a cargo de las mujeres, pero no el autocuidado de la salud de ellas.

* Dirección General Adjunta de Equidad de Género.
Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva.

Con esos argumentos desde 2002 veníamos discutiendo el impacto del género en el riesgo de padecer y morir por diabetes en México.

En 2005, tomando en cuenta lo relativo a la relevancia del sobrepeso y de la obesidad como factores de riesgo para las enfermedades crónicas, en particular de la diabetes, y utilizando como punto central la reducción del perímetro de cintura, el área responsable del Programa de Prevención y Control de la Diabetes a escala nacional desarrolló, con apoyo de algunos laboratorios farmacéuticos, una campaña denominada "México está tomando medidas" a través de la cual se difundía el derecho a la protección de la salud, el impacto del sobrepeso y de la obesidad en el riesgo de padecer el denominado síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial y enfermedad isquémica del corazón.

Se subrayó en particular la utilidad de reducir la grasa abdominal que es la que en mayor medida incrementa el riesgo, mediante recomendaciones específicas sobre la práctica de actividad física y una nutrición adecuada para mantener una buena salud. Se utilizaron los valores recomendados de perímetro de cintura como marcador de obtención simple para la población.

Por otra parte, se distribuía a la población beneficiaria de los servicios de salud, material audiovisual en DVD que contenía una rutina de ejercicios de 30 minutos, fácilmente realizable en cualquier espacio de la vida cotidiana de las personas. Además, también se entregaba una cinta métrica de papel para la toma de esta medición.

La intervención original era neutra en relación con el género, es decir, no estaba dirigida ni a hombres ni a mujeres específicamente y, como es habitual, no daba relevancia a la condición de género de la audiencia.

El CNEGySR consideró que ésta era una excelente oportunidad para integrar una visión de género en los materiales, con el fin de lograr una mayor efectividad de la campaña. Con esa intención se propuso al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), responsable del tema, sumarnos a la campaña aportando la perspectiva de género en salud, a través de la reelaboración de estos materiales considerando, para su diseño y mejor difusión, diferencias entre hombres y mujeres.

2. ¿QUÉ BUSCAMOS? PLAN DE ACCIÓN PREVISTO

Con esta experiencia se buscó analizar desde la perspectiva de género los factores posiblemente asociados a los diferenciales por sexo en la detección oportuna, acceso, utilización de servicios de salud, apego al tratamiento u otros aspectos del comportamiento de la diabetes mellitus en México; además, diseñar estrategias educativas sensibles al género para que hombres y mujeres adultos, en particular aquéllos con algún padecimiento crónico-degenerativo, adoptaran medidas para evitar o combatir el sobrepeso y la obesidad, factores de riesgo para ese tipo de enfermedades.

Los objetivos de la experiencia fueron:

- a) Documentar la existencia de inequidades de género asociadas a la mortalidad por diabetes en México, así como los posibles factores asociados a ellas.
- b) Incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, específicamente en el componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- c) Elaborar materiales impresos y audiovisuales de apoyo para el autocuidado de la salud, diseñados con perspectiva de género.
- d) Difundir y promover medidas de autocuidado de la salud con perspectiva de género a través de la actividad física, para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad, principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, así como otras de las principales causas de muerte en México, por ejemplo, la enfermedad isquémica del corazón.

La experiencia inicial se desarrolló en 2004; recientemente se ha retomado la campaña y de hecho se reeditaron los materiales y se hizo un ejercicio de evaluación cualitativa de su aceptabilidad y eficacia comunicativa en mayo de 2008, lo que esperamos permita extender su utilización en los próximos meses.

Población beneficiaria: mujeres y hombres trabajadores de la Secretaría de Salud federal, así como hombres y mujeres adultos de la población en general.

3. ¿CÓMO LO HICIMOS? PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

1°. Aun cuando dos años antes habíamos iniciado el contacto con los responsables del nivel nacional del Programa de Prevención y Control de la Diabetes, en 2005 conocimos los materiales de la campaña “México está tomando medidas” y establecimos contacto directo con el personal principal encargado de ella. La intervención original manejaba aspectos técnico-médicos relacionados con los riesgos que implican el sobrepeso y la obesidad, así como con las medidas preventivas dirigidas tanto a las personas usuarias de servicios de salud, como al personal de salud. El objetivo de esa campaña era difundir esta información en toda la población, pero las personas responsables del programa no habían considerado la posible distinción de la población por sexo.

El material de difusión de esa campaña era básicamente un folleto dirigido al público en general, sin enfoque de género, ya que no contaba con alguna orientación específica con información para hombres o para mujeres.



Al conocer este material se identificó una gran oportunidad para incorporarle, desde la perspectiva de género, tanto información como un diseño específico elaborado de tal manera que pudiéramos obtener un folleto dirigido específicamente a las mujeres y otro para los hombres. De ahí que se procedió a realizar un análisis del folleto considerando las posibilidades de reelaborarlo tanto en el diseño, como en los contenidos, tomando en cuenta las diferencias que los estereotipos y los roles de género imprimen a los hábitos de hombres y mujeres respecto de la alimentación, la actividad física y al cuidado de sus cuerpos y de su salud y, a partir de ello, emitir mensajes más enfocados y propicios para generar un mejor y mayor impacto, buscando vencer de alguna manera las barreras a la actividad física, que varían de acuerdo con el género.

2°. Los actores fundamentales para desarrollar este trabajo conjunto fueron los responsables nacionales y estatales del Programa de Prevención y Control de Diabetes, del CENAVECE y las personas responsables del área de Equidad de Género del CNEGySR. Como especialistas en salud pública y en perspectiva de igualdad de género en salud, el personal del CNEGySR se volcó a la tarea de elaborar propuestas concretas para el nuevo diseño del folleto, con el fin de ser presentadas y consensuadas con el personal del CENAVECE, especialista en diabetes.

3°. Se establecieron fechas para realizar varias reuniones técnicas de trabajo entre responsables de Equidad de Género y de Prevención y Control de Diabetes, de manera que se pudieran comentar los posibles cambios. En una segunda reunión se presentó la propuesta concreta sobre los cambios en los contenidos y el diseño de los folletos. Se buscó que los folletos dirigidos a mujeres destacaran la necesidad de dedicar tiempo para su autocuidado, en tanto

existe en ellas una tendencia a ocuparse más del cuidado y la atención a las necesidades de otras personas, aunada a una sobrecarga real de su trabajo y a la concepción de que el ejercicio no es una actividad estereotípicamente femenina, lo que resulta en que no hacen ejercicio. De tal manera, en el folleto se sugiere a las mujeres una serie de formas de realizar actividad física de manera sencilla y divertida, sin necesidad de invertir recursos económicos, y poniendo énfasis en los beneficios del ejercicio para su salud física y emocional, así como los de una buena alimentación y, finalmente, se les hacen recomendaciones para cuidar de su condición física.

En el caso de los folletos dirigidos a hombres se buscó que destacaran la pertinencia de abandonar los estereotipos masculinos que llevan al hombre a conductas arriesgadas y a no dar importancia a los síntomas de las enfermedades. Asimismo, se mencionan problemas de salud frecuentes en ellos y su relación con la falta de actividad física y de una alimentación adecuada y, como en el caso de las mujeres, se destacan sus beneficios y se hacen recomendaciones para cuidar de su condición física.

En una tercera reunión se propuso elaborar, además de los folletos, un DVD dirigido a mujeres y otro para hombres, con información general acerca del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo de la diabetes, y la importancia de la actividad física para su prevención. Se trabajó en la elaboración de un diseño editorial también específico para el folleto de hombres, así como para el de mujeres; lo mismo para los textos de presentación y para las opciones de actividad física recomendadas de acuerdo con instructores de deportes y actividad física.

También surgió la propuesta de producir una cinta métrica como las que tradicionalmente se utilizan para labores de costura, fabricada con material resistente y durable, en este caso lona ahulada, con mensajes específicamente "para ellas", alusivos a la importancia de tomar medidas del perímetro de su cintura como una forma de autocuidado de la salud, de prevención del sobrepeso y de la obesidad, factores de riesgo contra la salud de las mujeres. Además, se incluyeron mensajes de motivación a las mujeres si sus medidas se iban acercando a la zona saludable.

Las cintas se marcaron por secciones con los colores de un semáforo, según si el perímetro de cintura se considera saludable, de alerta, o bien, de riesgo.

La intención con la cinta métrica fue hacerla llamativa, destacar elementos de autocuidado de la salud de las mujeres y, además, que les fuera útil en la vida cotidiana para hacer otro tipo de mediciones.

4°. Así, de tener la campaña "México está tomando medidas" neutra respecto al género, se propuso el paso a la campaña "Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas" cuyos materiales de difusión se enfocaron a cada sexo de manera específica.

Estos materiales se difundieron principalmente en dos ámbitos:

- En la población usuaria de los servicios de salud, tarea a cargo del CENAVECE y su personal responsable en los niveles estatal y federal, del Programa de Prevención y Control de Diabetes.
- En las mujeres y hombres empleados de la Secretaría de Salud, mediante dos campañas internas en la institución, *una para hombres y otra para mujeres*. Estas dieron inicio como parte de las actividades de conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, en 2006. Las campañas se denominaron "Las trabajadoras de la salud estamos tomando medidas", para las mujeres, y "Los trabajadores de la salud estamos tomando medidas", para los hombres.

En estas campañas se realizaron distintas actividades como:

- Pláticas informativas relacionadas con la alimentación saludable, el sobrepeso, la obesidad, y sobre la relación entre el género, la nutrición y la salud.
- Invitaciones a la práctica cotidiana de actividad física, entregándoles, además, los folletos específicos para mujeres y hombres, y un DVD con una rutina de ejercicios.
- Tanto a las mujeres como a los hombres se les medía el perímetro de la cintura, se les practicaban pruebas rápidas de niveles de glucosa y colesterol total, y se hacía un estudio de detección de problemas de salud bucal.

- A las mujeres se les entregaba una cinta métrica y una Cartilla de la Salud de la Mujer.
- A los hombres se les aplicó un cuestionario de riesgo prostático.
- Los resultados se daban a cada persona y se le hacían recomendaciones convenientes, según los problemas de salud detectados mediante estas actividades.

5°. Paralelamente, durante 2006 el CNEGySR auspició el desarrollo de una investigación con perspectiva de género sobre la calidad de la atención, por diversos motivos, entre los cuales se encontraba la diabetes, a usuarios y usuarias de los servicios hospitalarios. El enfoque metodológico de esta investigación fue mixto, por lo que para la fase cuantitativa se aplicaron cuestionarios para usuarios y usuarias, así como tres guías de cotejo de expedientes; mientras que para la fase cualitativa se realizaron entrevistas a responsables de Enseñanza y de Calidad en la Atención de cada hospital, y grupos de discusión con el personal médico y de enfermería. La investigación abordó el caso de hospitales en cinco entidades federativas: Nuevo León, Veracruz, Yucatán, Guanajuato y Querétaro. El producto de ese trabajo se incluyó en una reciente compilación de resultados de investigación publicada por el CNEGySR en 2007.

Uno de sus hallazgos más relevantes puso en evidencia que las mujeres se demoran más tiempo en buscar atención médica a partir de los primeros síntomas de diabetes, aproximadamente 21.7 días, en comparación con los hombres, quienes demoran 6.8 días, aproximadamente.

En cuanto a la atención que recibieron por parte del personal de enfermería este estudio reveló que 51.7% de las mujeres estimó que el personal acudía prontamente a sus llamados a diferencia de 64.5% de los hombres. En lo relativo a las explicaciones dadas por el personal médico ante preguntas expresas, 61.7% de los hombres contra 53 % de las mujeres estimó que las respuestas dadas a sus preguntas fueron satisfactorias.

Además, los datos revelaron que la relación médico-paciente parece verse influida por el sexo de quien presta la atención, principalmente en mujeres, quienes prefieren ser atendidas por médicas, mientras que a los hombres les daba lo mismo si era médico o médica quien los atendía.

En los grupos focales se evidenció que hay tres aspectos en los cuales se reconoce que existen diferencias importantes entre hombres y mujeres:

- a) Que las mujeres tienen, en general, un umbral más alto para el dolor (por lo que podría explicarse parcialmente la tendencia observada en los resultados cuantitativos sobre la menor administración de medicamentos a las mujeres).
- b) Posiblemente asociado con lo anterior, las mujeres brindan información más confiable cuando experimentan síntomas graves.
- c) Las mujeres suelen llegar a los servicios de urgencias en condiciones más graves que los hombres, y tras haber esperado a que la enfermedad avanzara más tiempo.



De esta manera, la investigación develó diferencias importantes derivadas de las características sociales y culturales de género que influyen en las personas enfermas en su búsqueda de atención y en la evaluación de la calidad de los servicios y del personal de salud que los presta.

6°. A partir de la experiencia de desarrollo interinstitucional de la campaña “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”, el personal responsable de las dos dependencias de la Secretaría de Salud ha mantenido actividades de coordinación y colaboración, entre las que se encuentra la coparticipación en el Grupo Técnico para la revisión de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, y para la correspondiente a Hipertensión Arterial.

7°. De acuerdo con comunicaciones del personal responsable del Programa de Prevención y Control de Diabetes, los materiales especiales para mujeres y hombres han tenido mucho éxito, ya que el público solicita específicamente ya sea el DVD “para hombres” o “para mujeres”, asumiendo que son diferentes en tanto se adecuan a cada género. En el transcurso de 2007 se incrementó su distribución a través de diversas actividades.

8°. En 2008 los directivos del Programa de Prevención y Control de Diabetes solicitaron la colaboración del área de género para incorporar este enfoque en el diseño del sistema de información el cual se encuentra en desarrollo, que documentará el proceso de atención en los nuevos Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), dirigidos a pacientes de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias. Actualmente ya se integraron algunas variables para la recolección de información diferenciada por sexo, útiles para su posterior análisis con perspectiva de género, en particular algunas relacionadas con el apego terapéutico y las causas para la demora en la demanda de atención, entre otras.

4. ¿CON QUIÉN LO HICIMOS? LOS PARTICIPANTES

Los actores principales que participaron o apoyaron en el desarrollo de esta experiencia han sido:

- a) Directora General y Directora General Adjunta de Equidad de Género, del CNEGySR. Como altas directivas su papel estratégico giró en torno al establecimiento de contacto e invitación a las autoridades de la Dirección General del CENAVECE, así como al Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, responsable nacional del Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, para colaborar en esta buena práctica. Ellas brindaron todo el apoyo necesario para que los equipos de trabajo designados pudieran desarrollar las tareas pertinentes para la incorporación de la igualdad de género en salud en la campaña “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”. Asimismo, asesoraron al equipo de trabajo del CNEGySR para la elaboración de las propuestas y determinaron la ejecución del proyecto de investigación.
- b) Director General del CENAVECE y Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, responsable nacional del Programa de Prevención y Atención a la Diabetes. Como altos directivos del CENAVECE aceptaron la propuesta y asumieron el compromiso y el riesgo de dirigir las acciones pertinentes para transformar la campaña “México está tomando medidas” en una campaña con perspectiva de género.

- c) Equipos técnicos de trabajo del CNEGySR y del CENAVECE conformados por mandos medios de ambas unidades, y apoyados por especialistas en género y salud, y personal médico. Estos equipos contribuyeron con el proyecto desarrollando las tareas de revisión, con perspectiva de género, de los materiales, elaboración de propuesta de diseño y contenido para los folletos, DVDs y cintas métricas, así como impartición de pláticas y la toma de muestras para la medición de glucosa, lípidos, talla y peso.
- d) Personal de la Secretaría de Salud. Participaron 1,420 hombres y 2,407 mujeres que trabajan en la Secretaría de Salud, acudiendo a las pláticas, recibiendo los materiales, aportando sus muestras y, en el caso de los hombres, respondiendo el cuestionario sobre riesgo prostático (véase cuadro I).



CUADRO I
PARTICIPANTES Y ACTIVIDADES EN CAMPAÑAS
PARA TRABAJADORAS Y TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

PARTICIPANTES	Asistencia a pláticas y entrega de paquetes de materiales	Estudios de detección metabólica	Estudios de detección bucal	Cartillas de Salud de la Mujer entregadas	Cuestionario de riesgo prostático
MUJERES	2,407	2,075	1,627	1,806	No aplica
HOMBRES	1,420	1,159	1,156	No aplica	539
TOTAL	3,827	3,234	2,783	1,806	539

5. ¿QUÉ LOGRAMOS? RESULTADOS CONCRETOS DEL PROYECTO

De acuerdo con informes y comunicaciones de los responsables del Programa de Diabetes Mellitus, los materiales diferenciados por sexo han tenido mucho éxito, ya que hombres y mujeres los buscan y piden enfáticamente el DVD “para hombres” o “para mujeres”, al identificarlos como específicos para ellos. En el transcurso de 2007 los responsables del programa de diabetes solicitaron más materiales para su distribución en sus diferentes actividades.

Con el fin de evaluar los materiales desarrollados en esta experiencia realizamos una evaluación cualitativa a través de grupos de discusión en la ciudad de Colima, Colima. Estos grupos se realizaron gracias al apoyo de las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Colima. En esta evaluación se distribuyeron materiales elaborados sin enfoque de género a un grupo de hombres y a un grupo de mujeres, y materiales elaborados con enfoque de género a otros dos grupos, uno de hombres y otro de mujeres; quienes participaron eran usuarias y usuarios de los Servicios

Estatales de Salud de Colima, de 25 a 40 años de edad; estas personas acudían a algunos Centros de Salud y a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para pacientes de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Los materiales se distribuyeron como se señala en el Cuadro II.

Como parte de la información recolectada a través de los grupos focales se exploraron temas relativos al sobrepeso y a la obesidad como factores de riesgo para desarrollar enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Los datos obtenidos reflejan que, en general, el nivel de exigencia de los tipos de actividad desempeñada por mujeres o por hombres es distinto: el trabajo de los hombres, relacionado con actividades de obreros y albañiles o cualquier actividad laboral que tenga lugar fuera de casa, se percibe como más intenso físicamente, mientras que el de las mujeres, relativo a las actividades domésticas, se percibe como más intenso emocional y psicológicamente; a esto se

CUADRO II
DISTRIBUCIÓN DE MATERIALES EN LOS GRUPOS

GRUPO	MATERIAL ENTREGADO
Hombres de entre 25 y 40 años de edad, usuarios de GAM en Colima.	Folleto y cinta métrica elaborados sin enfoque de género de la campaña “México está tomando medidas”
Mujeres de entre 25 y 40 años de edad, usuarias de GAM en Colima.	
Hombres de entre 25 y 40 años de edad, usuarios de GAM en Colima.	Folleto “Los Hombres estamos tomando medidas”
Mujeres de entre 25 y 40 años de edad, usuarias de GAM en Colima.	Folleto “Las Mujeres estamos tomando medidas” y cinta métrica para mujeres

atribuye que el hombre engorde menos que la mujer, mientras que ésta, además, tiende a ser más vulnerable debido al estrés y a la angustia que le implica el cuidado de tiempo completo de su hogar y familia.

Aunque los hombres se coman sus tacos, su pozole, como se van a trabajar, si es albañil, lo queman todo. Y nosotras si planchamos, hacemos la comida, lavamos, lo hacemos paradas, entonces la grasa se nos queda ahí. (Mujeres, material 2).



Otro dato a destacar es que, aun y cuando las y los participantes asisten a los servicios de salud y, en su mayoría, a los Grupos de Ayuda Mutua, no distinguen los factores de riesgo para enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial como un conjunto, sino como elementos aislados. Se racionaliza sobre el efecto de los malos hábitos alimenticios y de ejercicio y se responsabiliza a detonadores aislados como sustos, corajes o accidentes como factores definitivos para que ocurra la diabetes.

También las preocupaciones que uno tiene, tristezas, disgustos, todo eso la provoca. (Mujeres, material 1).

Por lo tanto, este tipo de padecimientos se atribuye o sólo a factores emocionales, o sólo a la herencia, o sólo a algún susto o accidente, sin reconocer al sobrepeso y la obesidad como uno de los factores.

En mi caso mis padres no eran diabéticos, yo pienso que fueron algunos sustos. (Hombres, material 1).

Cabe señalar que los grupos de informantes, al estar ya en un proceso de atención a sus padecimientos (diabetes, hipertensión arterial) están muy informados de las buenas prácticas que deben implantar para cuidar su salud y están conscientes de lo que tendrían que hacer y en alguna medida lo procuran. Sin embargo, señalan que la costumbre de los malos hábitos está muy arraigada en las familias. Por lo tanto, reconocen que los miembros de la familia deben apoyar el esfuerzo de los enfermos por mantener el control de su enfermedad, y también tomar medidas de prevención por cuenta de ellos mismos. Particularmente las mujeres afirman que se trata de involucrar a toda la familia en la dieta ideal. Ellas creen que si acostumbran a los hijos a comer como ellas deben hacerlo por su padecimiento, lograrán evitar que éste se desarrolle en sus hijos. En cambio, los hombres creen que la familia debe cuidar su dieta como un elemento fundamental de solidaridad con ellos, de manera que se pueda combatir en la familia, sus malos hábitos de alimentación.

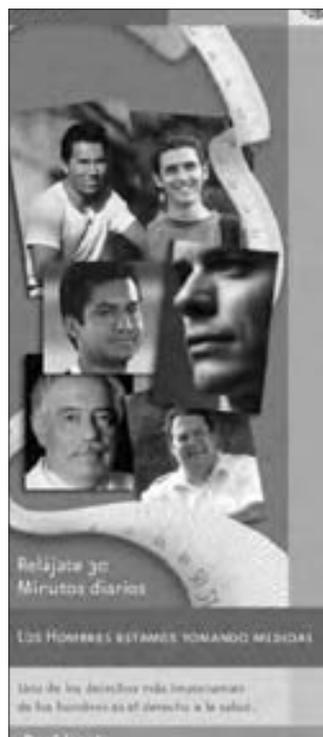
En cuanto a los materiales, se puede decir que aquellas personas que recibieron folletos sin enfoque de género consideran que así está bien el folleto, pues se trata de información que se debe compartir a toda la familia. No les parece atractiva la idea de hacer un folleto enfocado específicamente en mujeres o en hombres. Tanto para los hombres como para las mujeres el material les ofrece información sobre los límites de riesgo en la medida de su cintura, les da ejemplos claros de lo que no es recomendable comer, les informa sobre posibles enfermedades.

Los límites que tienes, más que nada no sobrepasar los límites. Que hay que medirse uno la cintura, tiene que ser 90 los hombres y 80 las mujeres y si sobrepasas eso, ya sobrepasas el peso. (Hombres material 1).

Para las y los participantes los folletos son un material importante y necesario para difundir información.

Por falta de los folletos hay gente que está mala de diabetes, de hipertensión, de ese tipo de cosas porque antes no lo había. (Mujeres material 1).

Es necesario mencionar que tanto los grupos de hombres como los de mujeres que recibieron el folleto elaborado sin enfoque de género tienden a proyectarse en el material, identificándose con el contenido como si hubiera sido elaborado para cada uno de ellos: hombre si se es hombre; mujer si se es mujer.



En este caso es mujer, porque por decir aquí me estoy reflejando, haga de cuenta que todo lo que está diciendo, es mi retrato. Es nosotras. Esto es como un espejo, me estoy viendo en un espejo. (Mujeres, material 1).

Finalmente, cabe destacar que este material no les resultó muy motivador, ya que tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres se manifestó que este folleto tenía mucha información y que les hacía sentir flojera o no les motivaba para leerlo completo.

Veo este folleto, cuántas letras, qué flojera leerlo. Es que no estamos acostumbrados a leer, nos da flojera leer. (Mujeres, material 1).



Por otra parte, el material con enfoque de género propició muchos comentarios positivos, lo que denota un gran impacto.

Que no debes comer chatarra porque es lo que más te hace daño, el refresco es el peor maligno que hay para el cuerpo. (Mujeres material 2).

Las y los participantes, cada quien en su grupo, se sintieron muy identificados, percibieron una comunicación cercana en el mensaje, no lo percibieron como un conjunto de información teórica, repetitiva o de "lo que se debe hacer". En general, perciben los mensajes como información clara y no como "sermón" de lo que deben hacer.

La cercanía del tono del mensaje toma la personalidad de alguien del sexo opuesto, es decir, los hombres identificaban el folleto con una mujer, atribuyéndole cuidado, consejo y motivación. Mientras tanto, las mujeres identificaban el folleto con un hombre como su marido al que atribuyen la tarea de exigirles estar bien y decirles cosas por su bien. La mayoría lo percibe como un material que les habla directamente de sus vivencias como mujeres o como hombres.

A mí me gustó eso que dice que hasta el baile es bueno. (Mujeres, material 2).

Cabe destacar que el grupo de mujeres que recibió el folleto elaborado con enfoque de género mostró mayor conciencia de la susceptibilidad de ellas a contraer más enfermedades ligadas a factores relacionados con los roles de género que desempeñan. Así, la angustia, la tensión y el estrés causados por las problemáticas familiares, por la atención a los hijos, al marido y la casa, la perciben como factor de riesgo para enfermedades como la diabetes, mientras que en los hombres esto no apareció. Sin embargo, el folleto les pareció que las motivaba dado que les recuerda la importancia de cuidarse y darse tiempo para ellas mismas, lo que puede estimular el autocuidado de su salud.

Que nos tenemos que dar tiempo para nosotras, 30 minutos. Tenemos que caminar, hacer ejercicio. Atendernos a nosotras. (Mujeres, material 2).

Por su parte, para los hombres el mensaje les evoca una comunicación directa con ellos, les es algo muy novedoso y motivante para hacer ejercicio.

Es muy bueno, muy pocos folletos son así. Esto le habla a uno, directamente a uno como hombre... y para mí que me está hablando a mí. (Hombres, material 2).

Uno de los derechos más importantes de los hombres es
EL DERECHO A LA SALUD

En conjunto, los folletos con enfoque de género funcionan como un refuerzo para grupos con estas características, dado que complementa o fortalece la información que han recibido en las pláticas en los GAM, pero no como un recordatorio, sino con un tono cercano y cotidiano que les resulta motivador y hace sentir más ligera la actitud positiva para cuidarse.

Por otra parte, la cinta métrica es vista como una señal de alarma, pero no invita a ser usada; les resulta amenazante, por lo que genera resistencia para usarla. Al menos la mitad de las y los informantes no la usó o ni siquiera la desenrolló ni cuando la recibió, ni durante la sesión de grupo.

La cinta no me gustó porque nomás no, entonces haga de cuenta que digo, tú me vas a medir y haga de cuenta que es una lucha entre la cinta y yo. (Mujeres, material 1).

En cuanto a la cinta métrica de la campaña “México está tomando medidas” y la cinta de “Las mujeres estamos tomando medidas” no hubo diferencias en los grupos que las recibieron.

Como un agregado a la discusión grupal se presentó el video “Los hombres estamos tomando medidas” al grupo de hombres que recibió ese folleto, y el video “Las mujeres estamos tomando medidas”, en el grupo de mujeres que recibió el mismo folleto y la cinta métrica. El video tuvo gran aceptación, en primer lugar porque el formato audiovisual es más cómodo y mantiene su atención; también por el ritmo que invita a moverse. El contenido es bien valorado porque instruye, informa y se muestra al ejercicio como algo sencillo de realizar; además, sugiere una forma de convivencia familiar o comunitaria.

Así hasta dan ganas de hacerlo y decirles a los hijos “venganse, vamos a hacer los ejercicios”. Más que nada es para convivir con ellos, o con la mujer. (Hombres, material 2).

Por otro lado, especialmente las mujeres reportaron que un impedimento para hacer ejercicio es la vergüenza que les causa hacerlo en público, por lo que el DVD les permitiría ejercitarse con la desenvoltura que les da la intimidad de sus casas, además de que les muestra propuestas sencillas que son factibles de realizar en su cotidianidad.

Yo pienso que está interesante porque ya uno ve los ejercicios que podemos hacer y no es la gran ciencia. (Mujeres, material 2).

A partir de esta evaluación se concluyó que los folletos con enfoque de género sí son más valorados y logran un mayor impacto en la información y motivación que se busca transmitir, por su tono cercano, coloquial y cotidiano, adaptado a las condiciones socioculturales de vida de las mujeres y de los hombres.

Al considerar al género como un determinante social de la salud³ se logró incorporar un enfoque integrador en la elaboración y difusión de los materiales para la prevención y el combate del sobrepeso y de la obesidad como factores de riesgo para la diabetes. Como se evidencia en esta evaluación cualitativa, son materiales que responden a necesidades diferentes de hombres y de mujeres a quienes hay que abordar de manera específica con mensajes audiovisuales y argumentos claros diferenciados para ellos y ellas.

Además de esta evaluación cualitativa es necesario resaltar que otro aspecto significativo de esta experiencia fue que se logró aplicar en concreto la política de incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Control de la Diabetes, al sensibilizar a las autoridades responsables de desarrollarla y buscar junto con ellas posibles intervenciones que permitan reducir brechas de género en salud. Esto contribuye a lograr la equidad de género en salud al posibilitar medidas de acción diferenciales, según las necesidades de las mujeres y las de los hombres. Esta experiencia ha tenido una duración de mediano plazo y continuará durante la presente administración (2007-2012).

Otro resultado fue que el personal de la Secretaría de Salud, más allá de las dos áreas directamente involucradas en el desarrollo de esta experiencia, pudo observar lo que significa

desarrollar intervenciones sensibles al género. También llamó la atención el hecho de que estas intervenciones además toman en cuenta las necesidades de los varones, ya que existía el preconceito acerca de que el área de género de esta Secretaría de Salud sólo se interesaba y se ocupaba de asuntos de mujeres.

Esta experiencia es exitosa, ya que refleja una manera de trabajo colaborativo entre diferentes áreas rectoras de la Secretaría de Salud para incorporar la perspectiva de género en los programas de prevención y atención de enfermedades. De la misma manera se ha empezado a trabajar con el personal de los programas de accidentes, adicciones, y VIH/Sida, con el cual ya se ha avanzado en la elaboración de materiales impresos, con enfoque de género.

6. ¿CÓMO LO SOSTENEMOS?

A partir de la experiencia de desarrollo conjunto de esta práctica los dos equipos de trabajo del CNEGySR y del CENAVECE, han mantenido actividades de coordinación y colaboración entre las que se encuentran la participación en el Grupo Técnico para la revisión de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes y de la correspondiente a la hipertensión arterial.

Con esta experiencia se ha ratificado el liderazgo del CNEGySR como órgano rector de la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud. La sostenibilidad de esta práctica se ha basado fundamentalmente en el mantenimiento de los canales de comunicación con las autoridades nacionales del Programa de Diabetes Mellitus, con quienes continuamos desarrollando propuestas para avanzar en el desarrollo de otros materiales y acciones con perspectiva de género.

En los próximos dos años se pretende avanzar en documentar diferencias de género y proponer acciones específicas en el Programa de Diabetes, a través de una investigación cualitativa sobre los significados, para hombres y para mujeres, de la enfermedad, sus síntomas, su diagnóstico y su tratamiento. La pregunta de investigación es: si en mujeres y en hombres la prevalencia de diabetes en personas mayores de 20 años de edad es muy semejante, ¿por qué se mueren por

diabetes más mujeres que hombres? Por otro lado, ¿por qué los varones no son detectados con la misma oportunidad que las mujeres y qué efecto tiene este retraso en la presencia de complicaciones?

La hipótesis a verificar es que hay un diferencial a favor de los hombres en cuanto al apego terapéutico debido a que cuentan con más apoyos que las mujeres para lograrlo; sin embargo, ciertas concepciones de la enfermedad y de los atributos y actividades estereotípicamente "masculinos" hacen que los varones eviten "saberse" diabéticos, además de que las actividades de detección se realizan primordialmente al interior de las unidades de salud de primer nivel de atención que suelen tener horarios poco convenientes para los varones; además de que ellos, en general, no utilizan servicios preventivos, ya que consideran que sólo es importante acudir a los servicios de salud cuando tienen algún malestar que les impide desarrollar sus actividades cotidianas, especialmente su trabajo. Se elaborarán también nuevos DVD, integrando contenidos diferenciados con rutinas de ejercicios que resulten más atractivos para otros hombres y mujeres de diferentes sectores poblacionales urbanos.

Un factor de gran importancia para la consolidación de esta experiencia y la generación de otras nuevas es la reciente entrada en vigor, en 2006, de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, instrumento jurídico de carácter nacional que establece ordenamientos legales para que las políticas públicas de todos los niveles de gobierno incorporen la perspectiva de género, incluyendo las relativas al ejercicio y garantía de los derechos sociales, como el derecho a la protección de la salud.

Este ordenamiento nacional avanza y fortalece el derecho a la no discriminación por sexo, protegido en México por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, promulgada en 2003. Ambos instrumentos son el marco legal para el funcionamiento del Sistema Nacional para la

Igualdad entre Mujeres y Hombres, organismo que está desarrollando mecanismos para el cumplimiento cabal de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, en todos los campos de la administración pública, incluido el de la salud.

Finalmente, la participación de esta experiencia en el Concurso promovido por la Organización Panamericana de la Salud y el hecho de que resultara premiada, le ha dado una mayor legitimidad a los ojos de otras áreas de la Secretaría de Salud responsables de otros programas, por lo que es posible que a partir de esta publicación obtengamos una mayor credibilidad y esperamos mayores solicitudes de trabajo conjunto.

7. ¿QUÉ APRENDIMOS? EXPERIENCIAS O LECCIONES APRENDIDAS

Los factores que han contribuido para lograr una experiencia transformadora como ésta han sido la voluntad política de las autoridades del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus de integrar aspectos innovadores en sus líneas de acción que busquen combatir la inequidad de género, así como la disposición creativa de las autoridades y especialistas del CNEGySR para producir y financiar propuestas concretas de incorporación de la equidad de género en acciones de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de enfermedades de atención prioritaria en nuestro país.

Uno de los problemas más importantes durante el desarrollo de esta experiencia ha sido la falta de recursos materiales y financieros, pero sobre todo de personal calificado que esté

designado a tareas específicas para la elaboración de diagnósticos, propuestas concretas, materiales audiovisuales e impresos específicos y novedosos.

Por lo anterior, recomendamos que las personas responsables de los programas de salud trabajen en conjunto con las autoridades responsables de la política de equidad de género en salud, con el fin de identificar, con perspectiva de género, acciones de colaboración para la construcción de medidas y acciones para la promoción de la salud, la prevención y la atención de los daños a la salud. Recomendamos también que se destinen recursos materiales, personal calificado y presupuestos a tareas específicas para la elaboración de diagnósticos, propuestas concretas, materiales audiovisuales e impresos específicos y novedosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico, 2007-2012, Diabetes Mellitus. Versión Preliminar.
2. Rodríguez, M.H. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Comunicación personal.
3. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institutet; 2007.

La epidemia de obesidad y las mujeres

**Deyanira González de León, Miriam Bertran,
Addis Abeba Salinas, Pilar Torre,
Fernando Moraⁱ, Sara Elena Pérez-Gilⁱⁱ**



i Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México D.F.

ii Departamento de Estudios Experimentales y Rurales, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México D.F.

Este artículo aborda la epidemia de obesidad en las mujeresⁱⁱⁱ. México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad en el mundo, con cifras que han aumentado en todos los grupos de edad pero que son particularmente elevadas entre la población adulta femenina. El artículo se apoya en información de encuestas realizadas en el país y en una revisión de bibliografía producida a nivel nacional e internacional.

Las marcadas diferencias por sexo en la prevalencia de obesidad registradas para las poblaciones adultas de contextos como el de México y otros países en desarrollo se asocian fundamentalmente con variables de carácter socioeconómico y cultural. Se trata, por lo tanto, de un problema complejo cuya comprensión implica considerar las condiciones particulares del contexto en el que ocurren estas diferencias.

Las mujeres han sido el centro de atención de muchas investigaciones sobre nutrición y alimentación realizadas en el país; sin embargo, la mayoría de los estudios se han apoyado en el enfoque de la salud materno-infantil que da prioridad al rol materno de las mujeres y a su papel en la reproducción. Frente a esta limitación se ha planteado la necesidad de incorporar enfoques y categorías analíticas de las ciencias sociales en la investigación sobre nutrición y alimentación. En esta dirección se ha insistido en la integración del enfoque de género a los estudios de este campo, con el propósito de construir una perspectiva teórico-metodológica que problematice y explore con detalle los diversos elementos –socioeconómicos, culturales y psicológicos– que influyen en el estado nutricional tanto de las mujeres como de los hombres. Distintas encuestas sobre salud y nutrición han incorporado a los hombres como objeto de estudio y la existencia de bases de datos desagregados por sexo implica el desafío de buscar e interpretar lo que hay atrás de las estadísticas¹.

Las categorías *sexo* y *género* no son equivalentes y al hablar de género no sólo se alude a las mujeres. A diferencia del sexo, que es una categoría biológica y demográfica, el *género* se refiere a las formas en que las sociedades visualizan lo femenino y lo masculino y a los mecanismos que favorecen que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en desigualdades sociales². Por otro lado, el género es una *categoría relacional* que alude a las desigualdades de poder entre los ámbitos socialmente definidos como *femeninos* y *masculinos*, las cuales se derivan fundamentalmente de la división sexual del trabajo y ejercen una influencia central en la organización de la vida social³. El enfoque de género ofrece la posibilidad de analizar los problemas de salud de las mujeres y los hombres bajo una perspectiva que va más allá de las explicaciones centradas en las diferencias biológicas. El género, sin embargo, no es una categoría que por sí misma dé cuenta de las diferencias por sexo que exhiben los perfiles de morbilidad y mortalidad, o de las diferencias en los comportamientos que asumen hombres y mujeres frente a los riesgos para su salud. La desigualdad de género es una dimensión específica de la desigualdad social y la capacidad explicativa de la categoría género radica en su articulación con variables socioeconómicas y culturales; así, las desigualdades de género adquieren expresiones diferentes cuando se vinculan con variables como la clase social, la etnia, la edad o el lugar de residencia^{2,3}.

En este artículo se presentan algunos elementos para explicar la influencia del contexto socioeconómico y cultural en la mayor propensión de las mujeres a la obesidad. Cabe aclarar que si bien este trabajo se centra en las mujeres ello no implica desestimar que la prevalencia de obesidad en los hombres es también altísima. Sin embargo, la obesidad es hoy una condición más frecuente y más estigmatizada en las mujeres; asimismo, aunque la obesidad afecta a mujeres de todos los niveles sociales la epidemia y sus consecuencias en la salud tienen un impacto mayor entre aquellas cuyos niveles de desventaja social son mayores.

iii De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el sobrepeso y la obesidad resultan de la acumulación excesiva de grasa en el organismo. La obesidad aumenta el riesgo de enfermar y morir por patologías crónicas no transmisibles y se asocia con altos índices de discapacidad funcional y con diversos trastornos psicológicos. El indicador más usado para estimar el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal, una medida que asocia el peso y la talla (IMC = peso en kg / talla en m²); al sobrepeso corresponde un IMC > 25 y a la obesidad un IMC > 30 (ver la referencia 4).

LA EPIDEMIA DE OBESIDAD

La obesidad representa una epidemia global que afecta a las poblaciones de países tanto desarrollados como en desarrollo. En 2005 aproximadamente 1,600 millones de personas mayores de 15 años tenían sobrepeso y 400 millones padecían obesidad; entre los niños y las niñas menores de 5 años se calculó que a nivel mundial al menos 20 millones tenían sobrepeso⁴.

En las décadas recientes se ha registrado un acelerado aumento de la obesidad en un número creciente de países en desarrollo⁴⁻⁸. Tal es el caso de muchos países de América Latina y El Caribe (ALC), donde la epidemia se ha asociado con una compleja conjunción de factores: la urbanización, el crecimiento económico y el incremento de la pobreza; el aumento del sedentarismo; la influencia de los medios de comunicación; los cambios en los patrones dietéticos con un mayor consumo de alimentos procesados, baratos y de alta densidad energética; y los rezagos en el campo de la promoción de la salud⁹⁻¹².



Desde el campo de la antropología se ha planteado que los comportamientos sociales en torno a la alimentación y los cambios en los patrones dietéticos están vinculados con valores culturales sobre la imagen corporal y los ideales estéticos, ya que diferentes estudios han observado que en condiciones de escasez alimentaria ganar peso y engordar suele ser lo socialmente adecuado, mientras en condiciones de abundancia la delgadez se convierte en la norma¹³. Por otro lado, se ha observado que las prácticas alimentarias de los grupos humanos se modifican en función de la disponibilidad de alimentos, en tanto las poblaciones que han sufrido privaciones tienden a sobrealimentarse en épocas de mayor acceso a los alimentos¹⁴.

Como en otras regiones del mundo en desarrollo en ALC la obesidad ha dejado de ser una condición que afecta principalmente a los sectores sociales de mayor ingreso; actualmente es un problema cada vez más común entre la población general y que afecta más a las mujeres adultas^{8-12,15-17}. En países de ingreso medio como México la obesidad se ha convertido, al igual que en los países desarrollados, en un indicador de pobreza¹². En 2002 se calculó que entre 50% y 60% de la población adulta de ALC tenía sobrepeso u obesidad, cifra similar a las de Canadá y Estados Unidos, dos de los países más desarrollados del mundo, cuyas proporciones eran de 45% y 65% respectivamente¹¹.

La epidemia de obesidad en los países en desarrollo representa un reto de gran importancia para la salud pública, dada su coexistencia con las deficiencias nutricionales y a su íntima asociación con el aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)^{4-12,15-17}. Las ECNT asociadas con la nutrición -diabetes, cardiopatías, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer- han alcanzado también dimensiones epidémicas en ALC y se encuentran hoy entre las principales causas de mortalidad y discapacidad prematuras en la región¹¹.

LA EPIDEMIA EN LAS MUJERES

Un aspecto relevante de la epidemia global de obesidad es su mayor impacto en la población femenina. Distintos autores han documentado que en muchos países en desarrollo la obesidad afecta desproporcionadamente a las mujeres^{5-12,15-18}.

Una investigación pionera sobre la relación entre condiciones socioeconómicas y obesidad, que analizó exhaustivamente los estudios publicados hasta finales de la década de 1980, encontró que en los países en desarrollo la obesidad era común en los estratos sociales altos, particularmente entre las mujeres, y se asociaba con valores culturales ligados a la estética femenina, a la salud y a la opulencia; en la población general –mujeres, hombres, niños y niñas– la obesidad era rara, pero tendía a aumentar a medida que mejoraban los niveles de bienestar y el acceso a los alimentos. En cambio, en los países desarrollados se observó una fuerte asociación inversa entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de obesidad en las mujeres; una valoración de la delgadez como ideal estético; la presencia de actitudes de estigmatización hacia la obesidad ampliamente compartidas por las mujeres; y una mayor propensión a la obesidad entre las mujeres de los estratos sociales bajos¹⁹.

La situación descrita cambió radicalmente con el acelerado aumento de los niveles de obesidad alrededor del mundo. Un estudio basado en encuestas nacionales, realizadas en la década de 1990 en 38 países en desarrollo y en los Estados Unidos, concluyó que en países muy pobres –la mayoría de los de África Sub-Sahariana, China y los del Sudeste Asiático– la prevalencia de obesidad era baja y se concentraba mayormente en mujeres urbanas y con niveles educativos altos; en contraste, y con variaciones entre regiones y países, la obesidad era ya un problema ampliamente extendido en las mujeres de distintos sectores sociales en regiones con un mayor nivel de desarrollo económico: ALC, el Medio Oriente, el Norte de África, los países de Europa del Este y los de la

ex Unión Soviética. En Estados Unidos la prevalencia de obesidad era notablemente menor entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico y con niveles educativos altos^{8,12}.

Otros autores han observado que en los países con menor desarrollo económico, medido en función del producto interno bruto, el riesgo de obesidad es hasta diez veces más elevado entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico. En cambio, en países de ingreso medio –como Turquía, Sudáfrica, Brasil y México– el riesgo es mayor para las mujeres de menor nivel socioeconómico¹⁵.

A partir de estos hallazgos se ha planteado que la carga de obesidad tiende a desplazarse hacia los sectores sociales pobres a medida que aumenta el producto interno bruto y que este desplazamiento ocurre antes en las mujeres que en los hombres. Se ha planteado también que el aumento en la prevalencia de obesidad entre las mujeres pobres de los países en desarrollo se ha convertido en un factor más que profundiza las ya marcadas inequidades en salud generadas por las enfermedades infecciosas, las deficiencias nutricionales y la mortalidad materna y perinatal^{15,16}.

Aunque las posibilidades de comparar la prevalencia de obesidad entre países son limitadas^{iv}, información disponible muestra que, en general, las diferencias en su distribución por sexo son menos marcadas en las regiones desarrolladas. De acuerdo con los datos del cuadro 1, en Canadá la prevalencia de obesidad masculina es de 22.9% y la femenina de 23.2%, con una razón mujeres/hombres de 1, mientras en Sudáfrica las proporciones son de 10.1% en los hombres y de 27.8% en las mujeres, con una razón de 2.8. Una excepción para los países desarrollados es Israel, donde la prevalencia de obesidad masculina es de 19.9% y la femenina de 25.7%, con una razón mujeres/hombres de 1.3 que es prácticamente igual a la de algunos países latinoamericanos –Brasil, Cuba, México y Perú– cuyas razones son de 1.4^v.

iv Las dificultades de comparación se deben a diferencias importantes en las formas de obtención de los datos, en los niveles de representatividad, en los criterios antropométricos utilizados, en los años de aplicación de las encuestas y en los grupos de edad incluidos.

v Datos de la International Obesity Task Force. Global prevalence of adult obesity. London, 2009. Disponible en: www.iotf.org.

CUADRO 1
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR SEXO EN PAÍSES SELECCIONADOS

PAÍS	AÑO	GRUPO DE EDAD	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	RAZÓN M/H
PAÍSES EN DESARROLLO					
<i>Argelia</i>	2003	25+	8.8	21.4	2.4
<i>Brasil</i>	2003	20+	8.9	13.1	1.4
<i>Cuba</i>	1998	20-64	7.1	10.2	1.4
<i>Irán</i>	2005	15-64	9.1	19.2	2.1
<i>Jamaica</i>	1999	15+	7.6	23.9	3.1
<i>Marruecos</i>	2000	20+	8.2	21.7	2.6
<i>México</i>	2006	20+	24.2	34.5	1.4
<i>Perú</i>	1998 - 2000	18-60	16.0	23.0	1.4
<i>Sudáfrica</i>	1998	15+	10.1	27.9	2.8
<i>Zimbabue</i>	2005	25+	3.9	19.4	4.9
PAÍSES DESARROLLADOS					
<i>Alemania</i>	2005 - 2007	20-79	21.0	21.4	1.0
<i>Australia</i>	2000	25+	19.3	22.2	1.1
<i>Bélgica</i>	2004	15+	11.9	13.4	1.1
<i>Canadá</i>	2004	18+	22.9	23.2	1.0
<i>España</i>	1990 - 2000	25-60	13.4	15.8	1.2
<i>Estados Unidos</i>	2003 - 2004	20+	31.1	33.2	1.1
<i>Francia</i>	2006	18-74	16.1	17.6	1.1
<i>Inglaterra</i>	2007	16+	23.3	24.4	1.0
<i>Israel</i>	1999 - 2001	25-64	19.9	25.7	1.3
<i>Nueva Zelanda</i>	2002 - 2003	35-74	21.2	22.1	1.0

Fuente: International Obesity Taskforce, 2009

Un trabajo reciente señala que si bien en los países desarrollados predomina la asociación inversa entre condiciones socioeconómicas y obesidad en las mujeres, virtualmente todos los grupos sociales están afectados en mayor o menor medida. Como se verá más adelante, a pesar del culto a la delgadez y a su asociación con los hábitos saludables la influencia del ambiente obesogénico que existe en muchas

sociedades desarrolladas y los roles de género que juegan las mujeres propician que evitar el sobrepeso y la obesidad resulte difícil para las mujeres de cualquier estrato social¹⁸. Esta observación es aplicable a la realidad de países como México, donde la obesidad tiende a ser cada vez más frecuente entre las mujeres pobres pero es también un problema para muchas de los sectores sociales medios y altos.

LAS CIFRAS EN MÉXICO

Encuestas sobre salud y nutrición realizadas en el país desde la década de 1990 indican en forma consistente que la obesidad es una condición más frecuente en las mujeres adultas^{vi}.

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 encontró, en una muestra de población urbana adulta de 20 a 69 años, que el sobrepeso era más común en los hombres y la obesidad en las mujeres; la prevalencia combinada de so-

brepeso y obesidad fue de 58.9%, con una prevalencia de obesidad de 25.1% en las mujeres y de 14.9% en los hombres¹⁷. En la Encuesta Nacional de Salud 2000, cuya muestra incluyó población urbana y rural, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 62.1% en la población adulta mayor de 20 años; en las mujeres la prevalencia de obesidad fue de 28.1% y en los hombres de 18.6%²⁰.

vi Las dificultades para comparar las encuestas en México son las mismas que se mencionaron para las comparaciones a nivel internacional (ver el pie página iii).

Recientemente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), cuya muestra abarcó familias urbanas y rurales, mostró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 71.9% para las mujeres y de 66.7%

para los hombres mayores de 20 años; la prevalencia de obesidad fue de 34% en las mujeres y de 24% en los hombres (cuadro 2)²¹.

CUADRO 2
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN ADULTA*, POR SEXO
México 2006

CONDICIÓN	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	RAZÓN M/H
<i>Sobrepeso</i>	42.5	37.4	0.88
<i>Obesidad</i>	24.2	34.5	1.43
<i>Sobrepeso + Obesidad</i>	66.7	71.9	1.08

* 20 años y más

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Algunas encuestas han indicado también que la prevalencia de obesidad es elevada entre las mujeres de los sectores sociales pobres. A principios de la década de 1990, un estudio realizado en la capital del país con población de 35 a 64 años de bajo nivel socioeconómico, mostró una prevalencia de obesidad de 36.9% para los hombres y de 60.3% para las mujeres²². La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 1995 incluyó familias de distintos estratos socioeconómicos y mostró que en la población de 18 a 69 años la prevalencia de obesidad era de 22.5% en las mujeres y de 9.8% en los hombres²³; los datos de este estudio mostraron que el sobrepeso era más frecuente entre las mujeres de los estratos socioeconómicos altos y que la obesidad tendía, aunque sin diferencias importantes entre estratos y con un patrón similar al de los países desarrollados, a ser más común entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo²⁴. La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002, que sólo abarcó familias de bajos ingresos, arrojó una prevalencia de obesidad de 28.7% en las mujeres y de 19.5% en los hombres²⁵.

Por otro lado, información de la Encuesta de Bienestar Social, realizada en 2003 con una muestra representativa de la población rural más pobre en siete estados del país, mostró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de casi 60% en mujeres y más de 50% en hombres, con cifras de obesidad de 22.2% para las mujeres y de 13.6% para los hombres²⁶. Estos datos coinciden con la tendencia observada a nivel mundial hacia una situación en la cual la obesidad reemplazará a la desnutrición tanto en las áreas urbanas como en las rurales¹⁵. Sin embargo, es pertinente destacar que las deficiencias nutricionales siguen siendo importantes problemas de salud pública en México. En el caso de las mujeres la ENSANUT 2006 indica que la baja talla –indicador que refleja el efecto acumulado de la desnutrición crónica– afecta a 12.3% de las adolescentes de 12 a 17 años; y en las mujeres de 12 a 49 años la anemia afecta al 20.6% de las embarazadas y a 15.5% de las no embarazadas²¹.

Cabe resaltar que tres encuestas probabilísticas –la Encuesta Nacional de Nutrición 1988, la Encuesta Nacional Nutrición 1999 y la ENSANUT 2006– indican un aumento significativo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad entre las mujeres de 20 a 49 años (cuadro 3); la información de estos estudios muestra que en un lapso menor a 20 años –1988 a 2006– la cifra se duplicó, pasando de 34.5% a 69.3%²¹.

CUADRO 3
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20-49 AÑOS DE EDAD, MÉXICO 1988 - 2006

AÑO	SOBREPESO + OBESIDAD (%)
1988	34.5
1999	61.0
2006	69.3

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Los datos de la ENSANUT 2006 indican que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en las mujeres es elevada a partir de la adolescencia y aumenta con la edad²¹. En el grupo de 12 a 19 años la proporción es de casi 33%, mientras que en los subgrupos comprendidos entre los 40 y 69 años rebasa 80%; las proporciones disminuyen a partir de los 60 años, pero rebasan el 50% en las mujeres de 80 y más años (cuadro 4).

CUADRO 4
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES POR GRUPO DE EDAD, MÉXICO 2006

GRUPO DE EDAD	SOBREPESO (%)	OBESIDAD (%)	SOBREPESO + OBESIDAD (%)
12-19 años	23.3	9.2	32.5
20-29 años	33.6	20.5	54.1
30-39 años	39.4	34.7	74.1
40-49 años	37.8	43.8	81.6
50-59 años	39.3	44.3	83.6
60-69 años	38.1	42.4	80.5
70-79 años	39.4	32.2	71.6
80 y más años	34.0	16.3	50.3

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

OBESIDAD Y SALUD DE LAS MUJERES

En México las tasas de mortalidad por ECNT se han incrementado dramáticamente en paralelo con el aumento de la epidemia de obesidad²⁷. Las ECNT asociadas con la nutrición se encuentran hoy entre las primeras causas de mortalidad y ocasionan una cantidad importante de muertes prematuras en hombres y mujeres^{28,29}. Sin embargo, con excepción de las enfermedades isquémicas del corazón, cuya tasa de mortalidad sigue siendo mayor en los hombres, la mortalidad por otras ECNT asociadas con la nutrición –diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas– es mayor en las mujeres. En 2007 la diabetes ocupó el primer lugar entre las diez principales causas de mortalidad general en el país, con una tasa de 69.2 por 100 mil para las mujeres y de 64 por 100 mil para los hombres. En las mujeres las cuatro enfermedades mencionadas causaron más de 37% del total de las muertes; en los hombres la proporción fue también elevada pero menor, con 29.8% (cuadro 5)³⁰. La gráfica 1 muestra la tendencia al aumento de la mortalidad por algunas ECNT en hombres y mujeres durante el periodo 2000-2005.

CUADRO 5
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES SELECCIONADAS, POR SEXO MÉXICO 2007

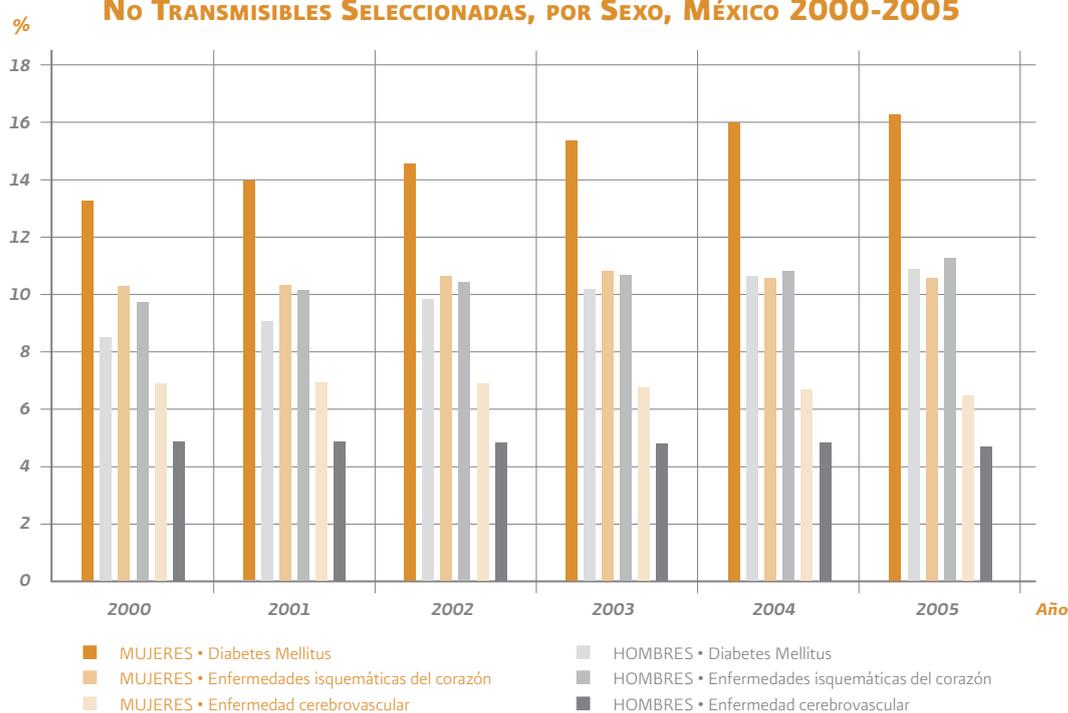
ENFERMEDAD	HOMBRES		MUJERES	
	Tasa*	%	Tasa*	%
Diabetes mellitus	64.0	11.7	69.2	16.2
Enfermedad isquémica del corazón	60.5	11.0	45.7	10.7
Enfermedad cerebrovascular	26.7	4.9	28.6	6.7
Enfermedades hipertensivas	12.0	2.2	15.6	3.6

* Tasa por 100 mil hombres y 100 mil mujeres.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud: cuadros de las diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, población total, México 2007.

Por otro lado, la obesidad representa un importante factor de riesgo de muerte prematura por ECNT para las mujeres en edad reproductiva. En 2002 la diabetes ocupó el primer lugar entre las 15 principales causas de mortalidad en este grupo y la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el séptimo y octavo lugares. En conjunto, estas tres causas ocasionaron 15.7% del total de las muertes entre las mujeres de 15 a 49 años³¹.

GRÁFICA 1
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES SELECCIONADAS, POR SEXO, MÉXICO 2000-2005



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Mortalidad 2000-2005 (<http://sinais.salud.gob.mx/index.html>).

La obesidad implica también riesgos para la salud reproductiva, lo cual es sin duda un importante obstáculo para eliminar la marcada desigualdad en las condiciones de salud entre las mujeres en México y para disminuir la mortalidad materna y perinatal o la ocasionada por los cánceres de origen ginecológico.

La obesidad provoca alteraciones hormonales que favorecen trastornos menstruales, infertilidad y abortos espontáneos, así como alteraciones metabólicas que aumentan el riesgo de hipertensión del embarazo y de diabetes gestacional. Las complicaciones del parto son frecuentes en las mujeres obesas e implican una mayor incidencia de cesáreas; además, las mujeres obesas suelen presentar infecciones, hemorragias, tromboembolias y anemia en el postparto. La obesidad materna implica también riesgos para la salud fetal y neonatal que incluyen macrosomía, muertes fetales y malformaciones congénitas³²⁻³⁶.

El sobrepeso y la obesidad se asocian con el aumento en la incidencia y la mortalidad por distintos tipos de cáncer y entre los de origen ginecológico destacan los de mama, ovario y endometrio³⁷⁻⁴⁰. Una publicación reciente indica que el cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en México y señala que la obesidad, la falta de actividad física y factores asociados a la dieta –alto consumo de grasas y azúcares, bajo consumo de fibra y deficiencias de ciertos nutrientes, como el ácido fólico, las vitaminas B12 y D, y los ácidos grasos omega 3– juegan un importante papel en el riesgo de padecer cáncer de mama entre las mujeres mexicanas, particularmente en la etapa postmenopáusica⁴¹. En 2002 el cáncer de mama causó el 4.7% de las defunciones entre mujeres de 15 a 49 años y entre las de 25 a 64 años la tasa de mortalidad aumentó de 3.4 por 100 mil en 1955 a 11.7 por 100 mil en 2002³¹; para 2007 la tasa de mortalidad en mujeres de 25 años y más fue de 16.4 por 100 mil⁴¹.

¿POR QUÉ TIENEN LAS MUJERES UNA MAYOR PROPENSIÓN A LA OBESIDAD?

La investigación biomédica ha logrado grandes avances en el conocimiento de los mecanismos involucrados en el control del peso corporal y en la comprensión del papel de las variaciones genéticas en el origen de la obesidad⁴². Biológicamente las mujeres tienen un mayor porcentaje de grasa corporal, lo que implica un gasto energético menor al de los hombres²⁹. La masa grasa, que modula procesos hormonales ligados a la reproducción y cubre demandas de energía durante el embarazo y la lactancia, representa en las mujeres hasta el 28% del peso corporal mientras en los hombres el porcentaje es de la mitad³⁴. En muchas mujeres el inicio del sobrepeso y la obesidad se asocia con la retención de peso acumulado en los embarazos^{43,44}, o con los cambios en la composición corporal ocasionados por el climaterio^{45,46}.

Sin embargo, los factores biológicos no explican el acelerado incremento de la epidemia de obesidad y su magnitud actual. Las condiciones socioeconómicas y el entorno cultural en el que viven las mujeres tienen una influencia decisiva sobre su salud y su estado nutricional. En el caso de la obesidad se ha documentado que la pertenencia a un determinado sector social juega un papel central en los recursos con que cuentan las mujeres para evitarla. Se ha observado también que las construcciones culturales en torno a la feminidad y la posición que ocupan las mujeres en la sociedad y en la familia influyen en sus prácticas de alimentación y pueden incidir sobre el desequilibrio energético que provoca la obesidad.

Un primer elemento a considerar es que las mujeres suelen tener un contacto permanente con los alimentos, ya que la compra, la preparación y la distribución de la comida al interior de las familias siguen siendo en la mayoría de las sociedades actividades primordialmente femeninas¹⁸. Por otro lado, la selección de alimentos por las amas de casa tiene más que ver con los gustos y los hábitos de alimentación de sus familias que con el valor nutricional de la comida, en tanto la alimentación no es solamente una necesidad biológica sino un fenómeno social marcadamente influido por factores culturales y psicológicos. La publicidad refuerza el papel tradicional de las mujeres en la familia a través de mensajes que promueven una gran variedad de productos procesados –alimentos infantiles, cereales y lácteos, entre otros– cuyo consumo es una muestra de su eficiencia como

amas de casa, madres y esposas. Este contacto permanente con la comida y su papel en la familia atrapa a muchas mujeres en un círculo de contradicciones, ya que al mismo tiempo que tienen que preparar comidas apetitosas tienen también que cuidarse de no engordar⁴⁷.

La calidad y el equilibrio de la dieta que son elementos de gran importancia para evitar el sobrepeso y la obesidad difieren en función de las condiciones socioeconómicas de las mujeres. Quienes pertenecen a los sectores sociales altos cuentan con los recursos necesarios para consumir alimentos frescos y saludables, que son los de mayor precio en el mercado, y tienden a tener dietas más equilibradas con un mayor consumo de frutas y verduras, y con pocas grasas y azúcares^{18,19,48}. En México es muy común la percepción de que la práctica clínica en el campo de la nutrición se dirige al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, un recurso cuyos costos suelen ser elevados y que es por lo tanto accesible sólo a las mujeres de los sectores medios y altos.

En México se ha observado desde la década de 1970 un aumento en la disponibilidad de alimentos y una disminución de los precios de los productos procesados, lo cual se ha traducido en un consumo excesivo y desequilibrado de alimentos baratos y de alta densidad energética, como lácteos y embutidos, frutas en almíbar, pastas, galletas, pasteles y frituras. En cambio, los alimentos frescos –frutas, verduras, carnes magras, pescados– son los alimentos que más se han encarecido. Esta situación y la fuerte influencia de la mercadotecnia explican en parte por qué la población con menos recursos es la que presenta mayores niveles de sobrepeso y obesidad⁴⁹.

En las mujeres pobres la obesidad no sólo está relacionada con la falta de acceso a los alimentos o con el desconocimiento de su valor nutritivo. A pesar de los estereotipos para caracterizar a las mujeres de los sectores populares, muchas saben lo que *se debe* comer pero sus patrones de consumo alimentario obedecen a lo que en realidad pueden comprar y que son alimentos procesados, baratos, de alta densidad energética y con escaso valor nutricional^{48,50}. El desequilibrio en la dieta de las mujeres pobres y su mayor propensión a la obesidad se vinculan también con la

desvalorización social de las mujeres, con la percepción que tienen de sí mismas y con el rol genérico femenino de *dar y cuidar a los otros*, por lo que es común que al interior de muchas familias los mejores alimentos se reserven para los hombres y los hijos⁵¹.

El hábito de hacer ejercicio es menos frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a la influencia de condicionamientos de género fuertemente arraigados que se expresan desde la infancia. La observación del comportamiento de niños y niñas en escuelas primarias públicas de la Ciudad de México durante los recreos indica que la mayoría de los niños participa en juegos que involucran ejercicio físico vigoroso y que las niñas tienden en general a ser más pasivas^{vii}. Las actividades deportivas son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en los sectores sociales medios y bajos, y son aún pocas las mujeres que han logrado destacar como deportistas de alto nivel^{viii}.



Se ha observado también que los patrones de actividad física de las mujeres adultas varían en función de su condición socioeconómica^{18,19,48}. Un trabajo de autores mexicanos señala que la probabilidad de hacer ejercicio en las mujeres

está relacionada con la edad, el estado marital, la paridad, el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico; entre mujeres en edad reproductiva –12 a 49 años– se ha observado que el deporte es una práctica más común en las menores de 20 años, no unidas, sin hijos y de estratos socioeconómicos altos⁵².

Las mujeres de los sectores sociales altos tienen mayores oportunidades, tanto en términos de dinero como de tiempo, para hacer ejercicio y en contextos como el de México pueden delegar en otras mujeres sus responsabilidades domésticas. En cambio, para quienes tienen menos recursos económicos las oportunidades de hacer ejercicio son limitadas y aun inexistentes. Además, el trabajo doméstico que realizan muchas mujeres no implica, en la mayoría de los casos, un aumento en el gasto energético semejante al de la actividad física deportiva o recreativa. Las diferencias en las posibilidades de hacer ejercicio entre las mujeres persisten aun cuando trabajan fuera del hogar, ya que el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos siguen siendo responsabilidades raramente compartidas con otros miembros de la familia.

Por otro lado, el sedentarismo que caracteriza las actividades laborales en las que generalmente se insertan las mujeres de los sectores sociales medios y bajos aumenta su propensión a la obesidad. Se ha reportado que las cargas laborales excesivas asumidas por la mayoría de las mujeres incorporadas al mercado de trabajo asalariado –que puede incluir dos y hasta tres jornadas– propician tensiones emocionales y síntomas depresivos, desgaste físico y una mala alimentación –con un exceso de grasas y alimentos procesados consumidos fuera de casa y alrededor de los centros de trabajo– que a menudo se traducen en sobrepeso y obesidad⁵³. Un estudio realizado con 587 trabajadoras de unidades médicas y administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México, mostró que 43.3% de las trabajadoras tenía sobrepeso y 27.6% obesidad; la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres de esta muestra se asoció con el climaterio y el sedentarismo y con un menor nivel educativo⁵⁴.

vii Información no publicada del proyecto: *Análisis del uso de los desayunos escolares en primarias públicas de la Ciudad de México*, coordinado por M. Bertran, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 2006.

viii La escasa participación de las mujeres en los maratones populares de la Ciudad de México ilustra esta situación: en 2008 el 80% de los participantes fueron hombres (ver: www.emociondeportiva.com).

LOS ESTIGMAS HACIA LA OBESIDAD

Un fenómeno cultural observado en muchas sociedades contemporáneas es la estigmatización de la obesidad y la sobrevaloración de la delgadez, lo cual explica la paradoja de que una gran cantidad de personas se sienten gordas al mismo tiempo que se sueñan delgadas⁴⁷. Se ha documentado que los valores negativos hacia la obesidad tienen mayor impacto en las mujeres que en los hombres y que las mujeres aceptan más las normas impuestas por el culto a la delgadez. Para los hombres la corpulencia puede representar un signo de virilidad y dominación, mientras la insatisfacción con la imagen corporal es más evidente en las mujeres^{18,19,47,55}.

En distintos países desarrollados se ha documentado que la desventaja social y la marginación de las personas obesas se expresan en ámbitos como las relaciones interpersonales, la educación, el empleo y los servicios de salud⁵⁶⁻⁵⁹. En el caso de México se ha reportado que el personal de salud –médicos, psicólogos, nutriólogos– no está capacitado para abordar el problema de la obesidad; aun en el espacio de los servicios especializados para su tratamiento los y las profesionales, en particular los médicos, suelen tener actitudes de rechazo hacia los pacientes⁶⁰; se ha señalado también que la subestimación de los problemas de salud asociados a la obesidad es más frecuente cuando se trata de pacientes mujeres²⁹.

En niños y niñas se ha observado que el rechazo a la obesidad por parte de sus pares, maestros, y aun de los padres, afectan sus relaciones interpersonales y su desempeño escolar; en la adolescencia el peso de los estigmas hacia la gordura recae sobre todo en las mujeres, a quienes se les considera descuidadas, sucias e incapaces de conseguir novio o de realizar ciertas actividades físicas⁵⁷. La inconformidad de las mujeres con su imagen corporal supone un proceso que en general se inicia en la adolescencia e implica un mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos que las afectan de manera desproporcionada, como la bulimia, la anorexia y la depresión⁵⁵. Un estudio realizado en la Ciudad de México, que analiza la relación entre conductas alimentarias de riesgo e IMC en adolescentes, hombres y mujeres de 13 a 18 años, revela que a mayor IMC y a mayor edad aumenta la presencia de este tipo de conductas: preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, ejercicio excesivo, entre otras. En las adolescentes de mayor edad

con sobrepeso u obesidad se observó que una práctica más común en ellas que en los hombres es el uso de diuréticos y pastillas para adelgazar⁶¹. Estos hallazgos confirman el mayor impacto de los estereotipos sobre la imagen corporal en el bienestar de las mujeres.

Distintos trabajos del campo de la psicología afirman que los efectos sociales adversos del sobrepeso y la obesidad son más comunes en las mujeres y que las presiones para que adelgacen y se ajusten a los estereotipos en torno a la imagen corporal afectan su salud mental^{55-59,62}. Se ha observado que entre las mujeres obesas las motivaciones para buscar tratamiento obedecen, más que a trastornos físicos y a enfermedades provocados por la obesidad, a problemas de autoestima y a síntomas depresivos asociados al malestar que les provoca su imagen corporal⁵⁸.



Desde la corriente feminista del psicoanálisis se ha planteado que la obesidad y el comer en exceso se han convertido, junto con los problemas sexuales, en conflictos emocionales de gran importancia en la vida de muchas mujeres. La obesidad en las mujeres es una reacción –ineficaz y dolorosa, un *rechazo simbólico*– a los estereotipos sexuales y al papel secundario que la cultura les ha impuesto, por lo que su tratamiento psicológico tiene que orientarse, más que a conseguir que bajen de peso, a lograr que descubran y manejen el rechazo hacia su cuerpo y sus emociones hacia la comida⁶².

Sin embargo, el malestar con la imagen corporal no sólo se presenta en las mujeres que tienen sobrepeso o que son obesas. Evitar ganar peso se ha convertido en la actualidad en una obsesión para las mujeres, creada y constantemente reforzada por la prensa, la televisión y las revistas femeninas que promueven imágenes corporales y modelos de belleza inalcanzables para la mayoría, así como una gran variedad de productos bajos en calorías, dietas que prometen resulta-

dos milagrosos, regímenes de ejercicio para mantenerse en forma y estar a la moda, y todo tipo de consejos para vencer el *descontrol* que las orilla a comer en exceso y las aleja del ideal estético aceptado^{47,48,50,51,55,62,63,ix}.

Estudios realizados en México han mostrado que la preocupación por mantener una imagen corporal *adecuada* no afecta sólo a las mujeres urbanas de los sectores sociales medios y altos. Los estereotipos sobre la belleza femenina y el atractivo sexual de las mujeres tienen también impacto en las mujeres jóvenes de los sectores populares urbanos, que no escapan al bombardeo cotidiano de los medios de comunicación y a las presiones para mantenerse delgadas, vestir a la moda y lucir atractivas⁵¹. Asimismo, existen evidencias recientes de que este fenómeno tiende a ser común entre las mujeres de las zonas rurales del país, que tampoco son ajenas a la publicidad y a los mensajes de la televisión y utilizan una serie de remedios a su alcance para ponerse a dieta y bajar de peso⁶³.

REFLEXIONES FINALES

La información presentada en este trabajo aporta elementos que contribuyen a la comprensión de la magnitud que han alcanzado la obesidad y sus repercusiones en la salud de las mujeres. En contextos como el de México, a medida que aumenta el nivel de desarrollo económico los fenómenos del sobrepeso y la obesidad se extienden entre los sectores sociales pobres, particularmente entre las mujeres, lo cual profundiza las desigualdades sociales y las inequidades de género.

Tener sobrepeso u obesidad implica, sobre todo para las mujeres, ser objeto de estigmas culturales apoyados por los discursos de la medicina y la nutrición, que han contribuido a legitimar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez y a imponer un modelo orientado a instaurar normas y *conductas saludables* para estandarizar los comportamientos sociales frente a la alimentación^{47,64-67}.

En apego a este modelo, el personal de salud ofrece, de manera simple o sofisticada, una serie de recomendaciones alimentarias para prevenir el sobrepeso y la obesidad, cuyos contenidos se traslapan con la moral y se transmiten como si se tratara de *cumplir con los diez mandamientos*: si se cumple con las recomendaciones se evitan trastornos y enfermedades, pero si se transgreden tarde o temprano aparecerán el castigo de la obesidad y la amenaza de enfermedades graves y mortales. Este nuevo discurso sobre la alimentación ignora la fuerte influencia del entorno socioeconómico y cultural en el aumento de la obesidad y culpabiliza a las personas por no ser capaces de controlar su apetito y sus tentaciones frente a la comida^{47,64}. Este discurso, lejos de contribuir a las posibles soluciones del problema genera en las personas situaciones de gran conflicto que son más frecuentes y evidentes entre las mujeres.

ix En el caso de México la televisión promueve el consumo de productos y *medicamentos* de dudosa calidad a los que se atribuyen cualidades *mágicas* para bajar de peso *sin dieta ni ejercicio*; se promueven también aguas embotelladas a las que se atribuye la cualidad de *mover la grasa*, cuyo consumo es bastante popular entre las mujeres jóvenes.

Esta situación aparentemente contradictoria entre el discurso y la realidad es una de las características centrales de la epidemia de obesidad. Vivimos en una sociedad que al mismo tiempo que tiene las cifras de sobrepeso y obesidad más altas de su historia fomenta el culto al cuerpo, a la belleza y a la delgadez como medios para alcanzar la salud y el éxito social. El peso de esta fuerte contradicción afecta de manera particular a las mujeres, lo cual parece estar todavía ausente en las políticas y los programas de las instituciones de salud.

En México los programas gubernamentales para prevenir el sobrepeso y la obesidad se apoyan en el modelo de la promoción de *estilos de vida saludable*, según el cual es la *persona* quien adopta conductas de riesgo y es, por lo tanto, responsable de sus consecuencias, incluida la muerte. Son las personas –independientemente de que puedan o no satisfacer sus necesidades vitales básicas– quienes de manera individual *se resisten* a cambiar sus hábitos de alimentación, deciden llevar una vida sedentaria e ingerir calorías en cantidades superiores a sus necesidades⁶⁸.

Las limitaciones de este modelo para prevenir el sobrepeso y la obesidad son evidentes frente a los datos que exhiben las encuestas sobre salud y nutrición. Sin embargo, muy pocas veces se reflexiona sobre los determinantes socioeconómicos y culturales que generan los ambientes obesogénicos, así como sobre la responsabilidad y el alcance de las políticas públicas, incluyendo las del sector salud, en el acelerado aumento de la epidemia de obesidad y en sus repercusiones sobre la salud de la población mexicana. En tal sentido, es necesario analizar también el alcance de las políticas en los campos de la educación, la regulación de la publicidad, y la producción y distribución de alimentos, entre otras.

Finalmente, las políticas públicas orientadas a promover la equidad de género en el país tienen que trascender el ámbito del discurso e incorporarse de manera consistente y articulada a los programas y los servicios de salud⁶⁹. Estas políticas tienen necesariamente que ser parte de las estrategias dirigidas a la contención de la epidemia de obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Gil SE, Díez-Urdanivia S. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México* 2007;49(6): 445-53.
2. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Universidad Autónoma Metropolitana / Organización Panamericana de la Salud; 2004.
3. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud* 2002;11(5/6): 454-61.
4. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet 31. Geneva, Switzerland: WHO;2006.
5. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
6. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic Reviews* 2007;29:1-5.
7. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 2002;5(1A):93-103.
8. Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawm LM. Obesity in women from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000;54:247-52.
9. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en Las Américas. En: Peña M, Bacallao J, editores. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2000.
10. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Pan American Journal of Public Health* 2004;15(4):278-84.
11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington (DC): OPS/OMS; 2007. Disponible en: www.paho.org
12. Martorell R. Obesity. In: Flores R, Gillespie S, editors. *Health and nutrition emerging and reemerging issues in developing countries*. 2020 Focus 5. Washington (DC): The International Food Policy Research Institute; 2001. Disponible en: www.ifpri.org/2020/focus/focus5
13. Vigarello G. *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días*. Madrid, España: Abada Editores; 2006.

14. Messer E. Anthropological perspectives on diet. *Annual Review of Anthropology* 1984; 13:205-49.
15. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:940-46.
16. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity* 2004; 28:1181-6.
17. Arroyo P, Loria A, Fernández V, Flegal KM, Kuri P, Olaiz G, Tapia R. Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult Mexicans in comparison with other large surveys. *Obesity Research* 2000; 8(2):179-85.
18. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews* 2007; 29:29-48.
19. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* 1989; 105(2):260-75.
20. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguila C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
21. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
22. González C, Stern MP. La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. *Investigación Clínica* 1993;45(1):13-21.
23. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 1995. México, DF: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 1995.
24. Ávila H. Condiciones de nutrición de la mujer mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1999;67: 97-104.
25. Ávila A, Shamah T, Chávez A, Galindo C. Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 2002. México, DF: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 2003.
26. Fernald LC, Gutiérrez JP, Neufeld LM, Olaiz G, Bertozzi SM, Miettinen-Snyder M et al. High prevalence of obesity among the poor in Mexico. *Journal of the American Medical Association* 2004; 291(21):2544-5.
27. Rivera J, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition* 2002; 5(1A):113-22.
28. Sánchez CP, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México* 2004; 140(S2):3-20.
29. Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad. *Salud Pública de México*, 2008; 50(6):530-47.
30. Secretaría de Salud. Mortalidad 2007. México, D.F: SSA, Dirección General de Información en Salud; 2007.
31. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Pública de México* 2004;46(1):75-88.
32. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wasdworth J, Joffe M, Beard RW et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity* 2001; 25:1175-82.
33. Grimes D, Shileds W. 2005. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Contraception* 2005;72:1-4.
34. King J, Casanueva E. Obesity in pregnancy: maternal and neonatal effects. *Perinatología y Reproducción Humana* 2007; 21: 210-7.
35. Denison FC, Price J, Graham C, Wild S, Liston WA. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labor at term. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 115:720-5.
36. Waller DK, Shaw GM, Ramussen SA, Hobbs CA, Canfield MA, Siega AM, et al. Pre-pregnancy obesity as a risk factor for birth defects. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2007; 161(8): 745-750.
37. Calle EE, Rodríguez C, Walker K, Thun MJ. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine* 2003;348(17):1625-38.
38. Calle EE, Thun MJ. Obesity and cancer. *Oncogene* 2004; 23:6365-78.
39. Pan SY, Johnson KC, Ugnat AM, Wen SW, Mao Y. Association of obesity and cancer risk in Canada. *American Journal of Epidemiology* 2004;159(3): 259-68.
40. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *British Medical Journal* 2007; 335:1134-45.

41. Romieu I, Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk of breast cancer: Mexican experience. *Salud Pública de México* 2009; 51(S2):172-80.
42. Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetic factors in human obesity. *Obesity Reviews* 2007; 8 Supl 1:37-40.
43. Linné Y, Barkeling B, Rössner S. Long-term weight development after pregnancy. *Obesity Reviews* 2002;3(2):75-83.
44. Herring SJ, Rich JW, Oken E, Rifas SL, Kleinman KP, Gillman MW. Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity* 2008;16(6):1296-301.
45. Pavón I, Alameda C, Olivares J. Obesidad y menopausia. *Nutrición Hospitalaria*, 2006; 21(6):633-7.
46. Restrepo MT, Monroy A, Pérez J, Velázquez MC. Efecto de la actividad física controlada sobre la composición corporal de mujeres sedentarias posmenopáusicas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14(4):229-34.
47. Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Formación Continua en Nutrición y Obesidad* 2002; 5(6):275-86.
48. Aguirre P. Aspectos socio-antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J, editores. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2000. p. 3-25.
49. Ortiz L. Evolución de los precios de los alimentos y nutrientes en México entre 1973 y 2004. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2006; 56(3):201-15.
50. Cardaci D. Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres. En: Cardaci D, editora. *Mujeres y Medicina 4. Volar hasta el otro lado...* México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1990. p. 15-24.
51. Cardaci D, Álvarez L. Introducción. *Mujeres y Medicina 1. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1980. p. 1-19.
52. Hernández B, de Haene J, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah T. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Revista Panamericana de Salud* 2003; 14(4): 235-45.
53. López O. Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas. *Género y Salud en Cifras* 2008;2:4-16.
54. Vázquez JL, Gómez H, Gómez F, Lara MA, Navarrete J, Pérez G. Obesity and overweight in IMSS female workers in Mexico City. *Salud Pública de México* 2005; 47(4):268-75.
55. Grave S, Hyde JS. Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2006;132(4): 622-40.
56. Puhl RM, Brownell KD. Psychological origins of obesity stigma: How and why changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews* 2003;4:213-27.
57. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin* 2007; 133(4):557-80.
58. Grave RD, Cuzzolaro M, Calugi S, Tomasi F, Temperilli F, Marchesini G. The effects of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity* 2007;15(9):2320-7.
59. Mond JM, Rodgers B, Hay PJ, Darby A, Owen C, Baun BT et al. Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorders features. *Obesity* 2007;15(11):2769-79.
60. Vázquez V, López JC. Psicología y obesidad. *Endocrinología y Nutrición* 2001;9(2):91-6.
61. Unikel C, Saucedo T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25(2):49-57.
62. Orbach S. La obesidad: una perspectiva feminista. En: Cardaci D, Álvarez L. *Mujeres y Medicina 1. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1980. p. 18-30.
63. Pérez-Gil S, Vega A, Romero G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Salud Pública de México* 2007;49(1):52-62.
64. Bertran M. ¿Orientación alimentaria o los diez mandamientos? La moral en las recomendaciones de nutrición. En: León B, Merino EC, Peña F, editores. *Antropología física, salud y sociedad en las poblaciones contemporáneas*. México, D.F: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2007.
65. Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Editorial Ariel, 2003.
66. Contreras J, Gracia M. *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona, España: Editorial Ariel; 2005.
67. Gracia M. Comprender la modernidad alimentaria: desde y más allá de las normas. *Revista Internacional de Sociología* 2005; 40:7-30.
68. Arroyo P. El estilo de vida y la prevención de la obesidad. *Boletín Nutrición Hoy* 2005; 3:3-4.
69. Langer A, Rico B. Una iniciativa integral para responder a necesidades complejas. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G. *Género y política en salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 2003. p. 41-53.

Mujeres y Adicciones: un enfoque de género

Norma Angélica Gómez Ríos



El Centro de Orientación Telefónica (COT) pertenece al Consejo Nacional contra las Adicciones, dependiente de la Secretaría de Salud y se crea como una iniciativa pública apoyada en un organismo privado a través de un convenio para allegarse los recursos técnicos en la operación. El personal que atiende la línea se conforma por una planta profesional de trabajadoras/es sociales y psicólogas/os.

En el COT se atienden las llamadas de forma aleatoria, ya que una vez que suena el timbre del teléfono el orientador o la orientadora contestan de forma inmediata y no se sabe exactamente quién va a llamar.

Puede llamar una persona que consume alcohol hasta aquella que usa heroína. Los problemas expuestos son variados: desde relaciones destructivas, hasta las más inverosímiles adicciones como comer cabello, jabón, etc.

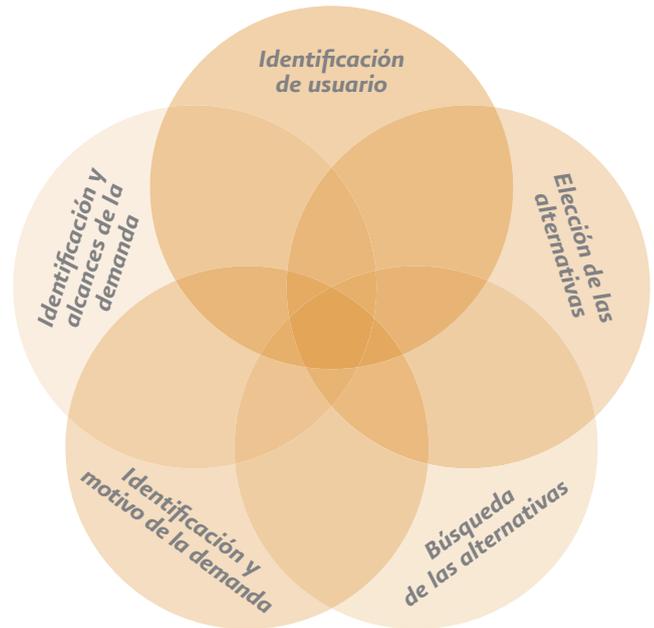
La llamada tiene un proceso de ingreso y culmina con la canalización, o no, de la o del usuario.

ESQUEMA 1 RUTA GENERAL DE LLAMADA

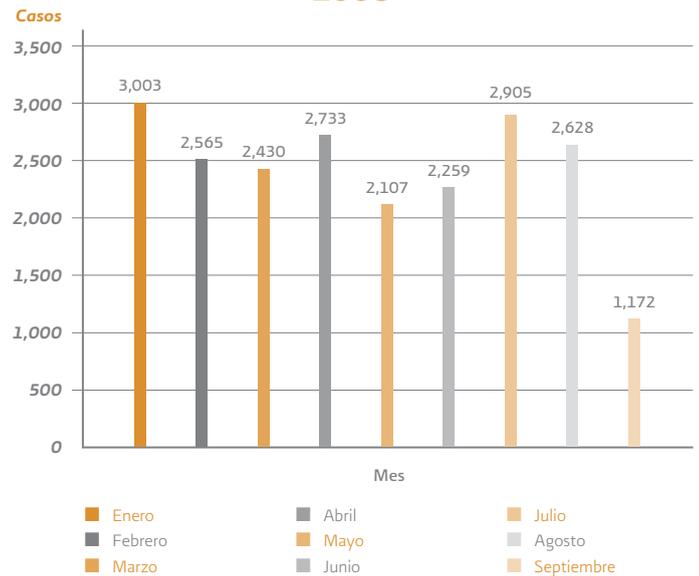


Es un servicio en funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año, es gratuito y tiene cobertura nacional lo que permite atender a una gran diversidad de personas usuarias. Según las estadísticas, de enero a septiembre del 2008 se atendieron aproximadamente 21,802 casos, definidos como tales porque son llamadas serias que reportan alguna "situación real" de consumo o de adicción, cuyos protagonistas principales son hombres.

ESQUEMA 2 LLAMADA DE CASO



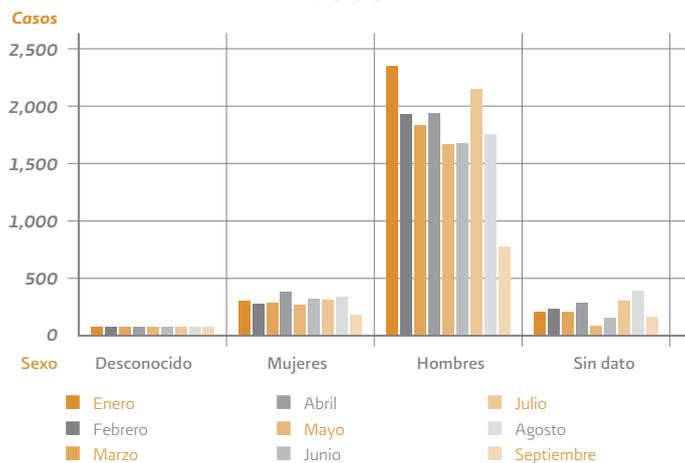
GRÁFICA 1 NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS EN ENERO-SEPTIEMBRE 2008



N= 21,802.

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones.

GRÁFICA 2
NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS EN ENERO-SEPTIEMBRE 2008



N= 21,802.

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones.

Las/os profesionales que atienden la línea realizan una labor con carácter más cualitativo que cuantitativo; para evaluar el trabajo en general no se cuenta el tiempo que dura la llamada, ni el número de llamadas recibidas al día, ni el número de casos atendidos. Lo que se evalúa principalmente es la calidad de la atención que se brinda a la persona usuaria y su canalización adecuada. En la atención se pone énfasis en contextualizar la llamada y establecer claramente la posible demanda y el apoyo que cada persona requiere para acercarse lo más posible a sus expectativas y cuando éstas no se pueden cubrir, se le comenta a la usuaria o usuario para que conozca el alcance que tiene la atención y valore si llama a otro lugar.

El objetivo de este documento es analizar, a partir de la experiencia del COT, la relación que tienen las mujeres con las adicciones de algún integrante de la familia. Este análisis pretende contribuir desde un marco institucional a la búsqueda de propuestas individuales y colectivas para la atención de este problema y en particular con las mujeres. El enfoque de género y el análisis del discurso son las principales herramientas para el reconocimiento de estos hechos.

La adicción se ha definido como una dependencia física, emocional a alguna sustancia, situación o persona y es un problema de salud pública multicausal. El COT es un observatorio con respecto a las adicciones en nuestro país si consideramos que se reciben llamadas de diversos lugares de la República, y se conocen numerosas historias.

Desde este servicio público e institucional es posible construir formas alternas para atender el problema, básicamente reconstruyendo el tejido social.

Actualmente se buscan alternativas para atender el problema de las adicciones y se han tratado de encontrar tratamientos más efectivos y formas de acercarse a quienes ya consumen y a quienes todavía no toman esa decisión con la pretensión de que no acepten el consumo, sin embargo, usualmente no se contemplan los recursos sociales con los que cuentan las comunidades. Cuando una persona llama a la línea reconoce qué recursos tiene y dónde puede canalizarlos, pues se considera que mientras siga la inercia de no contemplar lo colectivo la problemática de las adicciones se vivirá en aislamiento y sin muchos recursos.

Este trabajo se centra en el tema de “mujeres y adicciones”, desde una perspectiva de género; que ya ha sido trabajada por diversos expertos pero que sigue avanzando en cuanto a los aportes teóricos y prácticos.

La perspectiva de género es una significativa aportación al estudio de lo cotidiano, de la forma en que se percibe el mundo entre mujeres y hombres, desde este punto de análisis se puede percibir que pocos hombres llaman para saber qué hacer con su hijo, o para saber cómo ayudar a su esposa que tiene algún problema de adicción.

En el servicio se requiere una perspectiva de género ya que constantemente llaman mujeres con diversas necesidades que no saben cómo atender y sólo atinan a expresar: *“es que soy su madre y no puedo dejarlo solo”* o *“ésta es la cruz que me toca llevar”* o *“no será que es mi misión en la vida”*.

Si se quiere incidir en este problema, es importante aproximarse con diversos recursos teórico-metodológicos y la perspectiva de género es uno de ellos. Esta perspectiva se relaciona con la antropología, la sociología, la psicología, la cultura y la historia. De ahí que es fácil imaginar que profesionistas de las ciencias sociales busquen incorporarla en su quehacer; así como en las instituciones públicas, donde se está tratando de hacer lo pertinente para prestar servicios adecuados a las necesidades sociales.

El concepto género a menudo se confunde con el término sexo, pero éste identifica y describe las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

El género hace énfasis en la influencia de la Cultura en la definición y reproducción de una conducta estereotipada asociada al sexo, por ejemplo, la agresión se identifica con lo masculino y la pasividad con lo femenino; a los niños se les enseña que “los hombres no lloran” y se les promueve el gusto por pistolas y coches, mientras que las niñas juegan con muñecas y casitas que les llevan a imitar y aprender el rol típico de la mujer en el hogar. En este sentido se va promoviendo la identificación de lo masculino con el ámbito público y de lo femenino con el ámbito privado.



En un contexto sociocultural que llamaremos tradicional (en constante transformación hacia otros modelos masculinos y femeninos), se encuentran algunas asunciones tales como: las mujeres son sensibles y sentimentales, pues se

dejan llevar sólo por los sentimientos, por el corazón y no por el cerebro “razonan menos y sienten más”; su inteligencia está más ligada a la sensibilidad: esto es lo que les otorga sus dones de intuición, característica esencial de la inteligencia femenina y su poca afición por el raciocinio y la abstracción como sostiene el derecho natural. Las mujeres deben ser sumisas, serviles, acostumbradas a ayudar a los otros antes que a ellas mismas; deben seguir las normas, de lo contrario serán atacadas socialmente y rechazadas; no tienen carácter, pero si una mujer levanta la voz, exige y habla de sus derechos, no podrá ser fácilmente aceptada en una sociedad que defiende estos estereotipos¹. Así, en el contexto tradicional se les propicia ser –o mostrarse– vulnerables y débiles, mientras los hombres se suponen fuertes y al lado de las mujeres para compensar esas carencias.

El amor es más para ella que para él; tiene más necesidad ella del hombre que el hombre de ella; por poco que explote sus ventajas, él es dueño... siente, en general, la necesidad del apoyo masculino para las grandes cosas. Necesita un maestro que la dirija².

Sus mayores méritos son el sufrimiento, el trabajo, el silencio, la obediencia, la inocencia y por supuesto la belleza.

Además, la condición de las mujeres ha llegado a relacionarse con los aspectos “malos” de la vida familiar, desde la educación de las hijas e hijos (omitiendo la responsabilidad del padre), hasta la necesidad de emplearse fuera del hogar “descuidando a la familia”, que producen sentimientos de culpa; estos cambios se interpretan como crisis, como una catástrofe; se habla entonces de la crisis de la familia y las mujeres vuelven a aparecer como las únicas responsables, más aún, como “culpables”.

El género entonces, en tanto red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que distinguen a mujeres y hombres... no sólo produce diferencias entre ellas y ellos, sino que implica desigualdades y jerarquías entre ambos³.

Por ejemplo, se han presentado casos en los que una señora llama a la línea y se le pregunta si exclusivamente ella atiende a sus hijos y en su respuesta dice *“es que mi esposo piensa que yo tengo la culpa de que él sea adicto (el hijo) porque no supe ser buena madre y porque yo estoy a cargo de su educación”*.

En una llamada muy particular, al preguntarle respecto a su familia al papá de un joven que consumía, mencionó que tenía dos mujeres y un hombre, este último el mayor, pero que a partir de que el señor perdió el empleo ya no tiene mayor valor y respeto de su familia porque ya no los puede mantener, así que la esposa y las hijas lo abandonaron y él se sentía muy responsable y triste, principalmente porque su único apoyo para la manutención económica era su hijo, que al ser adicto no podía ocupar el lugar que le correspondía; él se sentía desvalorizado por su familia y no sabía cómo enfrentar tal problemática.

En el caso de las mujeres, el papel de madre o esposa tiende a estar en un lugar secundario en el propio hogar; ella “obedece” a su marido, éste es quien toma las decisiones. Ligada al marido por un compromiso afectivo y dependiente habitualmente de él en lo económico, socializada afectivamente en la sumisión y la subordinación de género, dedicada a querer y servir al marido y criar a los hijos, su identidad de género prioriza la postergación de sí misma a favor de los otros, como un perfil de ideal maternal⁴.



El concepto tradicional de lo que es ser hombre o ser mujer y el impacto que tiene la cultura en la construcción del género también se reflejan en los discursos que se transmiten de una persona a otra y que influyen en la forma como las mujeres se definen a sí mismas. En el discurso se involucran diversos aspectos de la sociedad y su cultura tales como género, clase social, grupo étnico, edad y posición u otras formas de pertenencia grupal.

Además, es importante vislumbrar que los contextos sociales no siempre son estáticos y que, como hablantes de una lengua, obedecemos pasivamente a la estructura de grupo, sociedad o cultura; es necesario dar cuenta de que el discurso como acción social ocurre en un marco de comprensión, comunicación e interacción que a su vez son partes de estructuras y procesos socio-culturales más amplios; la desigualdad de los “géneros” puede también manifestarse y confirmarse por el discurso⁵. Así, el análisis del discurso resulta un apoyo para la labor en la línea telefónica.

Por lo tanto, hacer un análisis pormenorizado de lo que significa para las mujeres ser madre, ser novia, ser esposa, ser hija, ser hermana es central para analizar la participación de las mujeres en la demanda de atención en la línea telefónica.

Por ejemplo:

Ser madre significa en el contexto sociocultural tradicional, dar la vida, estar dispuesta a servir, a posponerse, a no valorarse en pos de los hijos, no importa lo que ella quiere ni lo que necesita, únicamente es importante aquello que puede dar a los otros.

Se recibió una llamada de una mujer que decía apoyar a sus hijas, reportaba que una de ellas, a la cual ayudaba cuidando a su hijo, era madre soltera y consumía cocaína; y la otra hija presentaba problemas con el consumo de alcohol que no tenía intención de dejar. La usuaria decía...*“No importa mi trabajo en el cual me siento muy a gusto, ni mi casa que es el patrimonio que he construido con mucho esfuerzo, con tal de que dejen de consumir soy capaz de irme a vivir a otro lugar”*.



Ser hija responde especialmente a la deuda que se adquirió con los padres desde el momento del nacimiento, sin darse cuenta en realidad que éste es un regalo, pero en el afán de responder a las expectativas de los padres las hijas serán como se espera que sean para no romper los sueños o expectativas de sus padres. Además, si consideramos que la idea tradicional sigue todavía influyendo la vida cotidiana de las familias, la hija tendrá menos oportunidades de desarrollo que sus hermanos hombres.

Una jovencita de 18 años decía en una llamada ser la única que podía cuidar a su papá que empezó a consumir cuando su madre murió, hacía ya tres años, durante los cuales ella dejó de estudiar y trabajaba para mantener a su papá, tenía dos hermanos pero no se hacían cargo y ella era la más pequeña. Estaba en la disyuntiva de seguir con él o vivir sola y esta alternativa la hacía sentirse muy culpable.

Ser hermana, toca profundamente el ser mujer, según el lugar que se tenga en la familia: si es la hermana mayor, será la responsable de sus hermanos y de los cuidados de su casa, así como de todos aquellos problemas que los padres no sean capaces de resolver si existen ambos padres, o si existe sólo la madre que sale a trabajar, entonces lo que les espera es quedarse en la casa y responder a las necesidades de las y los niños pequeños si los hay.

Ser novia, es la oportunidad de salvar a la pareja de cualquier peligro que le aceche o cualquier problema que enfrente, ya que la tarea aquí será salvarlo –cueste lo que cueste– algunas respuestas que se han escuchado a través de la línea son: *“porque no tiene quien lo ayude”, “porque su familia no lo quiere”, “porque en el fondo es bueno” y “porque con ella va a cambiar”*.

Ser esposa, es el logro merecido por los diversos sacrificios que se hicieron durante el noviazgo, pero además es una meta a la que se llega por diversos motivos como salir de la casa para dejar de tener “problemas”, pero principalmente para alcanzar la meta que se impusieron cuando fueron novias, que ahora mejora las posibilidades de lograrlo porque el “plus” será “tener hijos” y lo utilizarán si fuera necesario, para que ellos dejen de consumir y como no se logra, inicia otra vez el círculo.

En el trabajo de atención telefónica se observa a través de las solicitudes de atención de enero a septiembre del 2008, que quienes llaman principalmente son las madres de las personas con problemas relacionados con las adicciones.

Las siguientes frases tomadas de las consultas en línea ejemplifican la condición de género en un problema de adicción.

“Yo hasta aquí llegué...” Una mujer que tenía 5 años apoyando a su hijo y lo había llevado a una granja o anexo (como ella lo llamaba) 12 veces.

“Pero soy su madre...” Cuando la señora se dio cuenta que su hijo no quería dejar de consumir y ya le había robado todo lo que tenía de valor en su casa, no podía pedirle que se fuera de la casa porque le daba miedo que afuera le pasara algo.

“Ya no estoy dispuesta, siento toda la responsabilidad sobre mí...” Una mujer que era ama de casa y tenía un esposo ausente.

“Tengo que hacer algo para resolver sus asuntos...” Una mamá que tenía deudas y compromisos económicos que su hijo había adquirido por el consumo.

“Ya tantos años y no tengo una buena relación...” la señora tenía 15 años de matrimonio. Un mes después de la boda se dio cuenta de que su esposo tenía un problema de alcoholismo. Cuando tuvieron a su primer hijo el señor dejó de tomar un mes, pero después del tercer hijo el consumo aumentó y con ello la violencia en casa. En el momento en que la señora llamó estaba tratando de tomar la decisión de dejarlo.

“Tengo 8 meses trabajando, no atiendo a mis hijos y me separé...” La señora se sentía culpable porque su hijo consumía drogas a partir de que ella salió a trabajar.



“Tengo dos hijos y tres chancletas...” Esta es la llamada de una hija mayor que relató la historia de su hermano que consumía, y la relación con su madre y hermana menor. La madre apoyaba principalmente al hijo que consumía droga, se encargaba de la limpieza de la casa y de su atención. La hermana menor no podía salir de la casa porque tenía mucho miedo de alejarse de su mamá y dejarla sola.

Otras expresiones que con frecuencia se escuchan son:

“Si tal vez yo no hubiera trabajado cuando eran pequeños, esto no hubiera sucedido...”; “Espero que mis hijos triunfen como yo no lo hice y no sufran como yo...”; “Uno como madre...”; “Me siento culpable porque no los supe educar...”.

Hemos aprendido que después de la primera frase, la persona puede externar su demanda o sólo aquello que más le preocupa y que a veces resulta que no es la adicción de su familiar, es el círculo vicioso en el cual se encuentran desde hace poco tiempo o varios años, entonces, el caso de la persona con adicción no es lo importante, sino la mujer que vive en una relación de subordinación al problema o ella misma puede ser el problema.

En general los familiares tratan de hacer “algo” para atender a sus adictos/as, pero con una información muy limitada, así como una nula orientación, todo esto resulta en la no resolución del problema.

Lo más difícil es lograr que las mujeres eviten adoptar responsabilidades que no les corresponden, por ejemplo: pagar las deudas, denunciar los robos al interior de la casa, pagar multas, salir a la calle a buscarlo en la madrugada para que regrese a la casa, tolerar el maltrato físico, emocional, enfrentar a los otros miembros de la familia que ya están en desacuerdo de que permanezca esta persona en casa, los gastos excesivos que han dispensado los familiares en los diferentes tratamientos, etc.

En otras circunstancias, las mujeres atienden a la persona que consume porque sienten que es su responsabilidad o su culpa; aún cuando él o ella no quiera dejar de consumir. Siguen lavando, planchando, dando de comer o, a veces, también cooperan económicamente con su hijo, esposo, novio o amigo, con tal de que no padezca los costos de no traer dinero, tales como: peleas, ser detenidos por robo o caer en algún reclusorio.

En momentos críticos deciden llevar a quien tiene la adicción, aún sin su voluntad, a centros especializados y así por lo menos unos meses la familia no va a seguir viviendo esa situación. El problema es que puede llegar a ser más de un internamiento y si quien consume decide no dejar de hacerlo pueden pasar varios años en ese mismo estado.

También pueden existir casos en donde la muerte define la separación, porque quien le atiende enferma y muere antes que la persona que consume.

Quien vive un proceso de adicción cambia su estilo de vida y sus prioridades, no deja de ser una persona, pero el problema es que su vida gira en torno a la adicción. Se separan de la familia, la pareja, la escuela y las amistades y afectan el ámbito comunitario y social en el cual han crecido.

Cuando quien consume es un hombre tiene a su lado mujeres que a veces lo apoyan incondicionalmente. Es posible que él deje sus responsabilidades en estas mujeres u obtenga recursos de ellas para seguir consumiendo; a veces tienen la necesidad de ser protegidos o de que resuelvan sus necesidades más apremiantes que, debido a la adicción, ellos ya han abandonado. El círculo no se rompe en la familia, por el contrario, se fortalece, promoviendo así –sin quererlo conscientemente– el consumo y el continuo daño físico y emocional.

En otros casos, la persona adicta es sólo el síntoma de los procesos sociales en su conjunto y de la relación de control que ejercen sobre él o ella, en particular cuando es una mujer

la que lo ejerce –puede ser la madre o la esposa–, sin que este control sirva para identificar la responsabilidad que él tiene. El control sólo confunde al hijo o esposo, que se encuentra con menos posibilidades de elegir en estas condiciones, que si pudiera estar solo frente a la responsabilidad de sus decisiones.

El tema de la relación entre las adicciones y las mujeres está íntimamente ligado. Al asumir la subordinación de género, se interviene en los procesos de recuperación o de caída a fondo de la persona que vive con una adicción. Entonces la opción sería que para provocar procesos más creativos y alternativos para la atención de los problemas de adicción, las mujeres crezcan y se fortalezcan.

Partir de la confianza de que cuando a las mujeres se les abra el porvenir no se aferrarán al pasado.

Cuando se llama concretamente a las mujeres a la acción, son tan audaces y valerosas como los hombres⁶.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Actualmente, en nuestro ámbito social no se ha logrado resarcir completamente la influencia del discurso tradicional de género.

Ya se reconocen las tareas domésticas como un trabajo, las mujeres ya descubrieron que a través de su salario adquieren cierta independencia; los hombres se incorporan más al ámbito privado y descubren sus múltiples capacidades de afectividad.

Existen mujeres que viven la maternidad como una responsabilidad y compromiso, más que como una tarea “natural”. Existen mujeres que se hacen cargo de sí mismas en el aspecto económico, afectivo y social, pero no son todas, ésta es una tarea pendiente.

Simone de Beauvoir en su libro *El Segundo Sexo* presenta una idea que en su tiempo, además de romper con el discurso tradicional, fue revolucionaria para poder lograr la libertad o

independencia: aún antes que lograr tener un ingreso propio, se requiere construir un proyecto de vida que se relacione sólo con las necesidades de sí misma.

El proyecto de vida deriva del derecho de las mujeres a la libertad y el respeto a este proyecto garantiza también la integridad, autonomía, salud física y un desarrollo integral de su persona.

El proyecto de vida se asocia con el concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que cada quien puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone.

Difícilmente se podría decir que alguien es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación.

A veces se piensa que cuando las mujeres trabajan remuneradamente se liberan y que esto es suficiente para romper aquellas cadenas que se han o se les han impuesto, sin embargo, además de un empleo, las mujeres necesitan un proyecto de vida que les mantenga en la dirección que quieren y definir así cómo destinarán sus recursos en tiempo, dinero y esfuerzo.

Entre las mujeres que tienen un trabajo remunerado ¿cuántas de ellas han elaborado un proyecto de vida que **no tenga que ver con los padres, hijos, hermanos, esposo?**

En el actual contexto económico las mujeres salen al mercado laboral debido principalmente a la crisis económica, porque un solo ingreso no alcanza en los hogares para hacer frente al creciente aumento de precios y constante caída en el nivel de compra de los salarios; además, hay mujeres que también trabajan o son cabeza de familia porque el padre no está (por diversas circunstancias), pero se cree que por el solo hecho de salir a trabajar ya se lograron los cambios necesarios, pues no, ahora resulta que la mujer no sólo vive explotación en la casa, también en el trabajo. Entonces que las mujeres realicen labores remuneradas no hace la diferencia, es necesario que tengan su proyecto de vida, como una posibilidad de alcanzar la libertad, de otra forma sería equivalente a navegar como un barco a la deriva.

Independientemente de la actividad que cada una de las mujeres desempeña, a veces las situaciones que enfrentan son muy difíciles y ponen a prueba todos los recursos que el ser humano posee, pero en particular se pone a prueba la fuerza interna de las familias y en diversas situaciones como un reflejo de la fuerza social con la que se cuenta.

De acuerdo con estas consideraciones, en la operación del Centro de Orientación Telefónica es deseable que cada profesionalista al frente de la línea tenga conocimiento y utilice la perspectiva de género en la atención, además del análisis del discurso y con un enfoque etnometodológico, para la generación de propuestas colectivas e individuales en la atención de las adicciones.

Respecto a las mujeres que llaman, en lo individual, pueden visualizar las posibilidades y construir redes familiares y sociales con las que cuenten para no sentirse solas y excluidas; a nivel comunitario, los grupos de pares pueden apoyarse en una visión social y autogestiva que les permita responder a tales acometidas en un ambiente de solidaridad.

A partir de la sistematización de las historias, el servicio puede consolidarse como un marco de análisis y propuestas de atención e intervención.

La perspectiva de género es primordial en la atención a las mujeres que enfrentan en su familia un problema de adicción.

Es necesario ubicar claramente la responsabilidad de dichas mujeres en el contexto buscando, cuando el caso así lo amerite, su desarrollo interno y personal más que el de la persona que consume.

No es posible atender a la persona que consume sin que a la vez se atienda a la familia o a las personas vinculadas directamente al problema, como son las mujeres y en particular las madres, los grupos de pares, la organización en la comunidad, etc.

En la atención de orientación telefónica, es mejor buscar alternativas para la vida personal y social de las mujeres.

Esta es una tarea para **APRENDER A** construir colectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leclercq J. La familia según el derecho natural. España: Herder; 1979.
2. Ochoa A. Mitos y realidades del sexo joven. México: Aguilar; 2001.
3. Burin M, Meler I. Género y Familia. Buenos Aires: Paidós; 1998.
4. De Torres, P. Espada FJ. Violencia en casa. España: Aguilar; 1996.
5. Silva O. El análisis del discurso según van Dijk y los estudios de la comunicación. Razón y Palabra 2002; Abril-Mayo (26). www.razonypalabra.org.mx
6. De Beauvoir S. El segundo sexo I-II. Argentina: Sudamericana; 1999.

COMENTARIOS A: “MUJERES Y ADICCIONES: UN ENFOQUE DE GÉNERO” _____

Tania Peña Pichardo*

Edna Iveth Cortés Ramírez**

El uso de sustancias adictivas, legales e ilegales¹, representa un problema de salud pública que puede afectar a las personas en cualquier edad o estrato social. Generalmente, se había considerado que el consumo de drogas era un fenómeno mayoritariamente masculino, aunque en los últimos años se ha observado su incremento entre las mujeres.

Si bien es cierto que el consumo de drogas toma un matiz diferenciado en sus factores de riesgo, patrones de consumo, causas y consecuencias físicas, psicológicas y sociales para las mujeres, las estrategias de prevención y rehabilitación tienden a homogeneizar el tratamiento de esta problemática, como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades de atención.

Tras la lectura de “Mujeres y adicciones: un enfoque de género”, nos permitimos hacer los siguientes comentarios:

La autora hace un acercamiento preciso y concreto al papel que juegan las mujeres como cuidadoras de otras personas y cómo se constituyen en factores claves para el proceso de rehabilitación de las adicciones. Efectivamente ese es un rol que suelen desempeñar las mujeres, sin embargo, se deja de lado el análisis de la situación de las mujeres en otras circunstancias, por ejemplo, ¿qué pasa con las mujeres que tienen una adicción? Valdría la pena documentar si solicitan y reciben apoyo por parte de la línea telefónica y de ser así, *¿cuáles son las opciones que se les proporcionan?*, ya que queda la impresión de que las mujeres adictas son invisibilizadas por el escenario institucional, ante las mujeres cuidadoras de los hombres adictos.

Hay que recordar que las mujeres que consumen sufren de un doble estigma y que esto repercute directamente en sus procesos de búsqueda de ayuda y recuperación, que ven afectada su red social de apoyo, que se ven envueltas en situaciones de violencia familiar, que son altamente vulnerables a sufrir trastornos de la alimentación, entre muchas otras situaciones. Definitivamente sería interesante un análisis de estos casos (si los hubiera) en la atención brindada por el centro de atención telefónica.

Por último, si bien la autora expone la manera en que las diferencias de género influyen en la percepción y comportamiento de las mujeres relacionadas con las adicciones, sería conveniente profundizar un poco más en la forma en que el propio personal que colabora en el centro de atención telefónica, adopta y aplica la perspectiva de género; no se trata únicamente de identificar patrones estereotipados en las personas que llaman, sino también de que la atención que se les brinda no siga reproduciendo dichos modelos.

Sin duda este trabajo contribuye a documentar cómo los roles de género intervienen en el proceso de atención de las adicciones, y será importante retomar estas pistas para una respuesta institucional para la prevención, la atención y la rehabilitación del consumo de drogas, que tomen en cuenta las diferencias de género entre mujeres y hombres.

* Al momento de entregar este comentario, la Lic. Peña desempeñaba el cargo de Subdirectora de Educación y Salud en el Instituto Nacional de las Mujeres.

** Al momento de entregar este comentario, la Mtra. Cortés desempeñaba el cargo de Jefa del Departamento de Salud en el Instituto Nacional de las Mujeres.

1 La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas como cualquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo viviente puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. En esta definición se incluye al alcohol, al tabaco y a los solventes, además de las drogas ilegales y médicas.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR DIABETES, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD, REGISTRADOS EN LAS UNIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD, 2007¹

GRUPOS DE EDAD	DIABETES ²	DIABETES TIPO I	DIABETES TIPO II
MUJERES			
< 1 año	15	6	5
1 a 4 años	153	70	55
5 a 14 años	1,187	845	182
15 a 44 años	10,451	1,638	5,922
45 a 64 años	34,780	653	24,168
65 y más años	30,885	549	21,713
TOTAL	77,471	3,761	52,045
HOMBRES			
< 1 año	19	8	7
1 a 4 años	138	57	51
5 a 14 años	804	532	147
15 a 44 años	10,104	1,394	5,699
45 a 64 años	32,422	643	20,825
65 y más años	24,100	410	16,270
No Especificado	1		1
TOTAL	67,588	3,044	43,000
NO ESPECIFICADO			
15 a 44 años	6	0	5
45 a 64 años	16	0	7
65 y más años	7	0	7
TOTAL	29	0	19

- 1 Incluye Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA (ésta última sólo para 2004).
- 2 Comprende diabetes mellitus insulino dependiente, diabetes mellitus no insulino dependiente, diabetes mellitus asociada con desnutrición, otras diabetes mellitus especificadas, diabetes mellitus, no especificada.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR OBESIDAD, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD, REGISTRADOS EN LAS UNIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD, 2004 - 2007¹

AÑO ESTADÍSTICO	GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2004	< 1 año	2	1	3
	1 a 4 años	3	1	4
	5 a 14 años	38	25	63
	15 a 44 años	147	457	604
	45 a 64 años	97	320	417
	65 y más años	43	98	141
	TOTAL		330	902
2005	< 1 año	4	3	7
	1 a 4 años	12	7	19
	5 a 14 años	36	28	64
	15 a 44 años	172	441	613
	45 a 64 años	91	299	390
	65 y más años	25	85	110
	TOTAL		340	863
2006	< 1 año	2	3	5
	1 a 4 años	11	7	18
	5 a 14 años	68	35	103
	15 a 44 años	225	510	735
	45 a 64 años	128	320	448
	65 y más años	33	86	119
	TOTAL		467	961
2007	< 1 año	14	2	16
	1 a 4 años	6	7	13
	5 a 14 años	61	57	118
	15 a 44 años	247	651	898
	45 a 64 años	139	394	533
	65 y más años	40	75	115
	TOTAL		507	1,186

EGRESOS HOSPITALARIOS POR OBESIDAD, SEGÚN SEXO, REGISTRADOS EN LAS UNIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD, 2004 - 2007¹

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2004	330	902	1,232
2005	340	863	1,203
2006	467	961	1,428
2007	507	1,186	1,693

¹ Incluye Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA (ésta última sólo para 2004).

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2007

GRUPOS DE EDAD	DIABETES ¹ E10-E14*		TASA DIABETES ¹ TIPO I E10*		TASA DIABETES ¹ TIPO II E11*	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
TOTAL	69.1	63.8	1.1	1.1	39.5	36.0
< 1 año	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
1 a 4 años	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0
5 a 9 años	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
10 a 14 años	0.2	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0
15 a 19 años	0.9	0.7	0.5	0.5	0.1	0.0
20 a 24 años	1.4	1.6	0.8	0.7	0.1	0.3
25 a 29 años	2.5	3.5	1.1	1.2	0.5	0.8
30 a 34 años	4.7	7.2	1.3	1.9	1.9	2.3
35 a 39 años	8.2	14.3	0.9	1.7	4.0	6.3
40 a 44 años	19.8	27.2	0.9	1.1	10.4	13.7
45 a 49 años	43.9	63.5	1.1	1.4	25.8	37.1
50 a 54 años	98.6	127.9	1.2	1.6	58.6	72.5
55 a 59 años	192.1	228.4	2.4	2.5	114.3	135.4
60 a 64 años	323.8	342.1	4.2	2.8	194.9	198.8
65 a 69 años	467.8	474.1	4.0	4.9	271.7	272.9
70 a 74 años	673.8	671.9	5.9	6.0	397.3	381.5
75 a 79 años	900.6	860.8	5.4	5.5	512.1	494.1
80 a 84 años	1,114.2	1,090.6	11.3	6.9	618.6	626.1
85 y más años	1,285.3	1,121.5	8.7	6.2	677.7	605.8

1 Tasa por 100 000 habitantes según sexo y grupo de edad.

- Las defunciones son por año de registro y entidad de residencia habitual.
- No se incluyen las defunciones de residentes en el extranjero, ni de edad no especificada.

* Códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud CIE-10 con el siguiente detalle:

- Diabetes incluye los códigos E10-E14.
- E10: Diabetes mellitus insulino dependiente.
- E11: Diabetes mellitus no insulino dependiente.
- E12: Diabetes mellitus asociada con desnutrición.
- E13: Otras diabetes mellitus especificadas.
- E14: Diabetes mellitus, no especificada.
- Diabetes tipo I incluye el código E10.
- Diabetes tipo II incluye el código E11.

Para el cálculo de las tasas se utilizaron:

- **Defunciones:** Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.
- **Población:** Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

TASA DE MORTALIDAD POR OBESIDAD, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2007¹

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL	0.9	1.0	1.0
10 a 14 años	0.0	0.1	0.0
15 a 19 años	0.1	0.0	0.0
20 a 24 años	0.1	0.2	0.1
25 a 29 años	0.6	0.3	0.4
30 a 34 años	1.0	0.5	0.7
35 a 39 años	1.4	0.6	1.0
40 a 44 años	1.4	1.3	1.3
45 a 49 años	2.4	1.6	2.0
50 a 54 años	2.7	2.3	2.5
55 a 59 años	3.5	3.5	3.5
60 a 64 años	2.8	3.4	3.2
65 a 69 años	4.2	4.3	4.2
70 a 74 años	3.9	5.0	4.5
75 a 79 años	3.1	9.3	6.5
80 a 84 años	2.9	9.1	6.4
85 y mas años	5.8	9.0	7.7

1 Tasa por 100,000 habitantes según sexo y grupo de edad.

- Los grupos de menores de un año hasta hasta los 9 años no se incluyen porque no hay muertes registradas en esas edades.
- Las defunciones son por año de registro y entidad de residencia habitual.
- No se incluyen las defunciones de residentes en el extranjero, ni de edad no especificada.
- Para 2007 se empleó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 con el código E66.

Para el cálculo de las tasas se utilizaron:

- **Defunciones:** Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.
- **Población:** Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

TASA DE MORTALIDAD POR OBESIDAD, SEGÚN SEXO 2000 - 2007¹

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2000	0.8	0.9	0.8
2001	0.8	0.8	0.8
2002	0.8	0.9	0.9
2003	0.8	0.9	0.9
2004	0.9	0.8	0.9
2005	0.9	1.0	1.0
2006	1.0	0.9	1.0
2007	0.9	1.0	1.0

1 Tasa por 100,000 habitantes según sexo.

- Las defunciones son por año de registro y entidad de residencia habitual.
- El total de defunciones incluye sexo y edad no especificados y se excluyen las defunciones de residentes en el extranjero.
- De 2000 a 2007 se empleó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 con el código E66.

Para el cálculo de las tasas se utilizaron:

- **Defunciones:** Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.
- **Población:** Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

1. XIX Congreso Mundial de Salud Sexual

Guteborg, Suecia, del 21 al 25 de Junio de 2009.

Conferencia WAS

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=7857

2. Foro 2009 sobre Violencia Sexual

Johannesburgo, África del Sur, del 6 al 9 de julio de 2009.

Iniciativa para la Investigación en Materia de Violencia Sexual (The Sexual Violence Research Initiative-SVRI)

Informes: <http://svriforum2009.svri.org/index.htm>

3. Curso: La Salud de las Mujeres: Análisis desde la Perspectiva de Género

Madrid, España, del 6 al 31 de julio de 2009.

Escuela Complutense de Verano. Fundación General UCM

Informes: http://www.formazion.com/cursos_curso_la_salud_de_las_mujeres_analisis_desde_la_perspectiva_de_genero_madrid-60984.html

4. Curso: Facilitador/a en Sexualidad, Género y Diversidad

Montevideo, Uruguay, del 12 de Agosto al 30 de Noviembre de 2009.

Centro de Estudios de Género y Diversidad Sexual.

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8819

5. Género y Salud en el Distrito Federal

Distrito Federal, México, del 17 al 21 de Agosto de 2009.

Instituto Nacional de Salud Pública (México)

Informes: http://www.emagister.com.mx/curso_genero_y_salud_distrito_federal-cinst-90898.htm#instalaciones

6. VII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología

Oaxtepec, México, del 24 al 29 de septiembre de 2009.

Informes: <http://www.femess.org.mx/>

7. VIII Reunión de Antropología del Mercosur: “Diversidad y Poder en America Latina”
Buenos Aires, Argentina, del 29 de Septiembre al 2 de Octubre 2009.

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8677

8. XIV Congreso Colombiano de Sexología y Educación Sexual. Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos: “Enfoque Interdisciplinario con Perspectiva de Género”
Medellín, Colombia, del 10 al 11 de Octubre de 2009.

Informes: <http://www.acotecpsi.com/Home/eventos/xivcongresocolombianodesexologiayeducacionsexual/octubre-medellincolombia>

9. Encuentro: “Aprendizaje de la Sexualidad: Salud y Derechos en Contexto Cultural”
Puerto Vallarta, Jalisco, del 5 al 8 de Noviembre de 2009.

Informes: http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=8678

10. I Taller Internacional de Estudios de Género y Socioculturales
Moa, Cuba, del 10 al 13 de Noviembre del 2009.

Instituto Superior Minero Metalúrgico

Informes: <http://eues.unizar.es/?modulo=noticias&id=223>

11. I Congreso Internacional: “Género y Frontera”
Tenerife, España, del 11 al 13 de Noviembre de 2009.

Instituto Universitario de estudios de las mujeres de la Universidad de La Laguna

Informes: <http://www.usc.es/smucea/I-Congreso-Internacional-Genero-y-Frontera>

12. XVIII Symposium Internacional de Sexualidad “Sexo Total”
Caracas, Venezuela 19 y 20 de Noviembre de 2009.

Informes: <http://www.ciudadaniasx.org/content/blogcategory/16/60/>

13. II Congreso Feminista Internacional 2010
Buenos Aires, Argentina, del 19 al 22 de mayo de 2010.

Informes: <http://www.ciudadaniasx.org/content/blogcategory/15/59/>

INFORMACIÓN PARA AUTORAS Y AUTORES

El objetivo del boletín **Género y Salud en Cifras** es promover y difundir resultados de investigación científica, estudios, ensayos, reseñas, noticias, e información estadística sobre temas de género y salud en México. Esta publicación está dirigida a tomadores/as de decisión, a personal que labora en el campo de la salud y a interesados/as en la temática. Las normas para los trabajos a publicar en el boletín son:

1. El texto tendrá extensión mínima de 1 000 palabras y máxima de 5 000.
2. Los trabajos se entregarán en archivo electrónico, escrito en párrafos a doble espacio, con fuente tipo Arial de 12 puntos para el texto principal, y para las notas y aclaraciones con Arial de 10 puntos. Las páginas deberán numerarse.
3. Las notas a pie de página servirán para precisar el contenido del texto principal o para aclarar el sentido de la discusión. No deberán exceder los seis renglones. La llamada de estas notas se hará con números romanos o letra superíndice (o "volada").
4. Las referencias bibliográficas se marcarán con números arábigos superíndice en el texto, y su especificación se hará al final del documento con fuente Arial 10 puntos. En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el número que se le asignó la primera vez que se presentó en el documento y especificar las páginas correspondientes.

Las referencias se estructurarán de acuerdo con los lineamientos de Vancouver de la siguiente manera:

Artículos publicados en revistas

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen: página inicial-final del artículo.

Ejemplo:

Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994 Oct 8;309(6959):911-8.

Libros

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Casa Editora; año.

Ejemplos:

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.

Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª ed. México: Limusa; 1999.

Nota:

No es necesario consignar la primera edición; a partir de la segunda, se escribe en números arábigos y abreviatura: 2ª ed. - 2nd Ed., a continuación del título del libro. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, se debe citar a continuación del año, precedido de punto y coma, y seguido de dos puntos, se indica la primera y la última página del capítulo consultado, separadas por un guión.

De compiladores/as o editores/as

López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comp. Género y política en salud. México, DF: Grupo Fogra; 2003.

Capítulo de un libro

Figueroa JG. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: García B, coord. Mujer, Género y Población en México. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999: 61-101.

5. Los artículos y ensayos podrán incorporar cuadros o figuras. El llamado de éstos se hará dentro del texto y se incorporarán al final del mismo en páginas separadas como anexos; atenderán el siguiente criterio:

“En promedio los homicidios en las mujeres suceden a los 34 años y en los hombres a los 35. Sin embargo, el riesgo de morir es diferente según la edad. En las mujeres el riesgo de morir víctima de un asesinato es más alto conforme avanza la edad. En cambio, en los hombres el riesgo máximo sucede a los 20 años de edad y después desciende conforme va aumentando la edad (figura 2).

Insertar figura 2

Si se compara la mortalidad por homicidios en cada una de las entidades federativas se observa que la variación en términos absolutos y relativos va disminuyendo, acercándose la brecha entre las entidades extremas. En los cuadros I y II se presenta la tasa estandarizada por edad de homicidios en mujeres y hombres; en las primeras, el riesgo de morir es mayor en el Estado de México; en cambio, en los hombres el riesgo mayor de morir por un homicidio está en Guerrero y en Oaxaca.”

Insertar cuadros I y II

6. Las figuras pueden ser gráficas, dibujos, flujogramas, calendarios, mapas, entre otros. Las gráficas se entregarán como anexos en su archivo original (es decir, con la tabla numérica con la que se creó la gráfica (la hoja de cálculo de Excel y la gráfica correspondiente).
7. La redacción de los artículos o los ensayos deberá ser clara, libre de jerga y sin tecnicismos innecesarios; se sugiere el empleo de subtítulos o apartados para lograr una mejor comprensión.

GÉNERO Y SALUD
EN CIFRAS

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx